

С. Я. РУБИНШТЕЙН

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

и опыт применения их в клинике

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

ББК 88
УДК 159.9.072
Р 82

Р 82 **Рубинштейн С. Я.**

Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. *(Практическое руководство)* — М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. — 224 с.

Книга представляет собой методическое руководство по применению экспериментальных методик исследования психики человека (сенсомоторной сферы, внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы). Приведено подробное и исчерпывающее описание 34 практических методик, изложены принципы построения экспериментальных методик патопсихологии и роль экспериментального метода в изучении психики здоровой и отклоняющейся личности.

Написанная классиком отечественной психологии, эта книга является единственным на сегодняшний день профессиональным руководством по использованию психологических методик на практике. Для психологов, психиатров, дефектологов, невропатологов.

ISBN 978-5-903182-70-1

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемая вниманию широкого круга специалистов книга представляет собой методическое руководство по применению экспериментальных методик исследований психики больных.

Автор данного руководства включил в него только давно апробированные в отечественных лабораториях методики.

Данное методическое пособие имеет практическое назначение. Оно может быть полезным для обучения начинающих специалистов-патопсихологов и психиатров использованию экспериментальных методик патопсихологии.

Конкретному описанию методик предшествуют главы теоретического и общеметодического характера: о принципах построения патопсихологического эксперимента, о правомерности применения различных экспериментальных приемов для анализа психопатологических явлений, о практическом использовании этих экспериментов в психиатрии, а также методические указания по организации и технике проведения экспериментальных исследований психически больных.

Дается описание 34 экспериментальных методик, направленных на исследование сенсомоторной сферы, внимания, памяти, мышления, самооценки.

Описание каждой методики содержит указание о ее назначении, о способе проведения и протоколирования эксперимента, а также о путях анализа экспериментальных данных. Приводятся типичные образцы и примеры экспериментальных данных, полученных при исследовании больных разными заболеваниями. В

последних главах книги содержатся указания относительно принципов выбора конкретных методик при исследовании больных с различной целью и примеры, разъясняющие способы составления заключений.

В виде иллюстраций даются образцы наглядных пособий, необходимых для проведения экспериментального исследования.

В заключение следует отметить, что описание экспериментальных методик, а также анализ получаемых с их помощью экспериментальных данных даются автором на основании обобщения опыта многолетних экспериментальных исследований больных в психиатрической клинике. Это позволяет полагать, что книга будет представлять не только методический интерес.

Проф. Д.Д. Федотов

ОТ АВТОРА

Назначение этого методического руководства — помочь начинающим сотрудникам кабинетов экспериментальной патопсихологии и врачам-психиатрам овладеть приемами экспериментально-психологических исследований психически больных.

В развертывающейся сейчас сети кабинетов экспериментальной патопсихологии наряду с получающими специальное университетское образование патопсихологами начинают работать также врачи-психиатры, а в детских психоневрологических учреждениях — дефектологи. В опубликованных за последние десятилетия книгах, статьях и методических письмах по экспериментальной патопсихологии излагается содержание некоторых методик и указываются принципы их построения, но нет конкретного описания того, как следует проводить эксперименты. В связи с этим возникает необходимость в издании такого методического пособия, в котором было бы не только указано, для какой цели может служить та или иная экспериментальная методика, но и то, как подготовиться к опыту и как его провести, а также как интерпретировать полученные данные.

Разумеется, что и в этой области, как и во всех остальных разделах лабораторной работы, одно лишь книжное обучение недостаточно; навыками проведения экспериментально-психологических исследований больных следует овладевать под непосредственным руководством опытных специалистов на рабочих местах, в лабораториях экспериментальной патопсихологии.

Даже самый опытный психиатр едва ли решится приступить к экспериментально-психологическим исследованиям больных, не изучив предварительно основы общей психологии и не овладев практически навыками экспериментальной работы. Тем не менее систематическое описание наиболее употребительных и апробированных методик нужно и для процесса обучения, и для справок в начале самостоятельной экспериментальной работы.

При описании методик, и особенно способов анализа экспериментальных данных, использованы опыт работы и результаты научных исследований коллектива сотрудников лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР (проф. Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Поляков, В.В. Николаева, Т.И. Тепеницына, С.В. Лонгинова), а также опыт работы сотрудников кабинетов экспериментальной патопсихологии психоневрологических больниц и диспансеров.

В данную книгу вошло описание только тех методик, в применении которых автор имел достаточный личный опыт. Многие очень ценные экспериментальные методики, например используемые в области нейропсихологии (А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова), а также в области экспертизы трудоспособности психически больных (Э.А. Коробкова, В.М. Коган), не включены в данное описание отчасти потому, что уже описаны, а отчасти из-за недостаточного личного опыта автора этой книги. По той же причине возникает неравномерность в разделах, которые содержат интерпретацию экспериментальных данных; по некоторым методикам может быть дана детальная квалификация способов решений и ошибок больных, может быть указано диагностическое значение разных ошибок, а по другим — столь обширного опыта не накопилось и интерпретация дается более схематично или иллюстративно. Включение таких, в меньшей степени апробированных, методик в книгу диктуется следующими соображениями: разнообразие клинических задач вынуждает пользоваться разными методиками, необходимость в них очень велика, а недостаточная степень апробированности может стать стимулом к тому, чтобы молодые специалисты продолжали и углубляли эту апробацию.

ЧАСТЬ I

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТОДА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ

История развития естественных наук свидетельствует о том, что развитие каждой области знания зависит от совершенства методов исследования и что эксперимент является более совершенным методом, чем наблюдение и описание. Современная физика, химия и биология решают свои проблемы экспериментальным методом и обязаны своим прогрессом именно этому методу.

Экспериментальный метод широко используется во всех областях медицины, однако в психиатрии эксперимент до последнего времени используется преимущественно во вспомогательных лабораторных разделах и крайне мало — для анализа собственно психопатологических явлений.

Собственно психопатологические явления по традиции изучаются методом наблюдения и расспроса больных. В этой традиции сказывается в известной мере специфика психиатрии. Сама природа патологии психики такова, что установить ее прежде всего удается при расспросе и наблюдении. По сравнению с другими областями медицины в психиатрии методики расспроса и наблюдения являются значительно более изощренными, разработанными и усовершенствованными. Опытный психиатр лучше, чем врач другой специальности, умеет установить контакт с больным, умеет выявить в беседе наличие бредовых идей, уз-

нать о его галлюцинаторных переживаниях. Выявить различные оттенки состояния больных, например: депрессию, апатию или беспечность — можно в беседе с самим больным, а также при расспросе персонала или родственников больного о его поведении. Врачи-психиатры достигают часто большого искусства в умении беседовать с больным, наблюдать за ним и затем описывать его психическое состояние. Поэтому в оценке состояния психики расспрос и наблюдение до сих пор остаются не только преобладающими, но почти единственными методами врачебного исследования, в то время как соматическое состояние психически больного исследуется многообразными современными лабораторными и экспериментальными методами. Между тем наступило время, когда в самой психопатологии, т. е. при анализе патологии психики, методы опроса и наблюдения должны быть дополнены экспериментом. Для того чтобы обосновать это положение, следует вспомнить, что такое эксперимент, и выяснить, какие обстоятельства затрудняют внедрение эксперимента в психопатологию.

Эксперимент во всякой науке отличается от простого наблюдения тем, что изучаемое явление специально создается или вызывается, а также тем, что оно многократно наблюдается и объективно регистрируется в специально создаваемых варьирующих условиях. Благодаря эксперименту причина явления отделяется от условий, в которых оно развивается, становятся известными условия, усиливающие, ослабляющие либо уничтожающие данное явление. Таким образом, становится возможным познание причин и закономерностей развития и исчезновения явления, т. е. его сущности. Благодаря экспериментальному методу исследователь овладевает явлением. Именно экспериментальный метод в психопатологии дает исследователю возможность перейти от описания явлений к анализу причин и механизмов симптомообразования.

Точное, филигранное описание психопатологических симптомов было совершенно необходимым этапом становления психиатрических знаний. Но при переходе к познанию сущности и причин возникновения тех или иных симптомов одних описаний становится недостаточно. Чтобы узнать причину и суть яв-

ления, нужно попытаться на него воздействовать, т. е. выяснить, при каких условиях оно может быть устранено, при каких усилено или впервые спровоцировано. А это и означает, что необходимо экспериментально исследовать каждый симптом. Некоторые психиатры пытались миновать этот этап и искать причины психопатологических симптомов только вне психического, в тех уровнях строения и функций организма, которые являются предметом иных наук (патоморфология, патофизиология, биохимия и т. д.).

Но причинно-следственные отношения в области психопатологии очень сложны. Симптомы расстройств психики не всегда прямо обусловлены этнологией болезни. Они могут носить вторичный характер (оставаясь все же типичными для течения определенной болезни). У каждого симптома может быть свой собственный, иногда очень сложный механизм развития, т. е. патогенез.

Еще в 1931 г. Л.С. Выготский писал о том, что причина поражения мозга ребенка не может однозначно определять симптом болезни. Подобное утверждение, писал он, означало бы игнорирование процесса развития психики больного.

Невозможно предрешить вопрос о том, какие психопатологические симптомы детерминированы биохимическими, эндокринными, физиологическими или иными сдвигами, какие могут оказаться детерминированными другими психопатологическими же либо компенсаторными явлениями. Причиной отдельного психопатологического явления может стать продолжающаяся деятельность и все обстоятельства жизни человека с больным мозгом. Иными словами, многие психопатологические явления возникают при соприкосновении больного с теми или иными требованиями окружающей действительности, с се воздействиями. Следовательно, определяющая причина каждого симптома может быть очень различна, она не задана, не предопределена самим поражением мозга, ее нужно исследовать и искать экспериментальными методами.

Поэтому весь сложный и многообразный ряд психопатологических симптомов и синдромов: бред, галлюцинации, явления психического автоматизма, эмоциональная тупость, беспечность,

некритичность, манерность, дурашливость, сужение круга интересов, деградация, эгоцентризм и т. д. — подлежит экспериментальному анализу.

Экспериментальный анализ симптома означает (как говорилось выше) разнообразные попытки воздействия на него, применение разных способов его ослабления, усиления или даже провоцирования. Только воздействуя на явление, можно узнать его сущность. Именно в таком экспериментальном анализе симптома состоит путь изучения механизмов его становления, его качественная квалификация. Иными словами, квалификация любого психопатологического симптома требует того, чтобы были экспериментально изучены условия и причины его развития. Для того чтобы узнать, например, что такое амбивалентность, негативизм и даже столь сложный синдром, как «психический автоматизм», нужно научиться это патологическое явление ослаблять, провоцировать, выявлять его причины и условия, способствующие либо препятствующие его появлению.

Следовательно, метод наблюдения в психиатрии должен быть дополнен экспериментальным, должны быть экспериментально изучены механизмы симптомообразования.

Но, может быть, использование экспериментального метода в психиатрии возможно ограничить двумя уже существующими направлениями, а именно: экспериментом на животных и учетом опыта лекарственной терапии? Рассмотрим эти вопросы.

Общепринятый в медицине эксперимент на животных имеет, разумеется, большое значение для психиатрии, поскольку с его помощью изучаются механизмы действия различных вредностей, лекарств и многие другие важные вопросы. Однако при истолковании собственно психопатологических явлений эксперимент на животных малопродуктивен и должен иметь ограниченное значение.

Перенос данных, полученных на животных, на человека возможен лишь в отношении аналогично функционирующих органов и систем. Что же касается функции нервной системы, то здесь перенос требует осторожности и может привести к грубым ошибкам. Об этом говорил академик И.П. Павлов.

Строение мозга человека принципиально отличается от строения мозга животных; даже в пределах сходных мозговых структур локализация функций животных и человека оказывается различной. Наконец, и это наиболее важно, у животных и человека различно происхождение психических свойств и процессов, различно соотношение структуры и функций. Психические процессы и психические свойства человека, как это показано в исследованиях советских психологов, не возникают в результате созревания определенных мозговых структур, они не фиксированы строением мозга.

Психические процессы и свойства личности человека формируются в онтогенезе на основе его собственного жизненного опыта и присвоения им опыта человечества с помощью речи и предметных действий. Лежащие в их основе системы условнорефлекторных связей или особые «функциональные органы» (А.А. Ухтомский, А.П. Леонтьев) также возникают в онтогенезе и детерминированы образом жизни.

Следовательно, психические процессы и свойства человека возникают иначе, они принципиально отличны от психики животных, они общественно, а не биологически детерминированы. В оценке тех психопатологических явлений, которые специфичны для человека, т. е. таких, как расстройства восприятия, мышления, эмоционально-волевой сферы, самооценки и т. д., эксперимент на животных использован быть не может. Изучать психические расстройства на животных — значит грубо биологизировать психику человека и, по существу, отказаться от изучения психопатологии. В этом разделе психиатрия вынуждена идти иными путями, чем остальные области медицины. Экспериментальное изучение психопатологии возможно только на человеке.

Второй вопрос заключается в том, может ли заменить введение экспериментального метода анализ опыта лекарственной терапии. Еще В.А. Гиляровский поставил вопрос о том, что терапия психозов дает психиатру интереснейший экспериментальный материал. Действительно, в широком смысле слова практика лекарственной терапии (так же как и анализ последствий случайных отравлений, опухолей и огнестрельных ранений моз-

га) может быть отнесена к категории естественного эксперимента. Было бы излишне говорить об огромном научном значении анализа опыта лекарственной терапии. Но если вспомнить определение эксперимента в его узком научном смысле слова и те условия, которые при таком эксперименте должны быть соблюдены, легко понять, что практика терапии психических болезней на данном этапе далека от эксперимента и даже в известном смысле принципиально контрастна по направленности. Лечение больного требует индивидуального подхода, индивидуально подобранных дозировок, комбинирования лекарственных средств. При терапии часто один курс лечения назначают вслед за другим, не зная точно явлений последействия, не учитывая того, как лекарство сочетается с условиями режима жизни и труда больного. На ход болезни и ее симптомы влияет множество факторов, в том числе фактор времени. Поэтому в практике терапии мало повторяющихся фактов, очень приблизительной является регистрация сдвигов, с трудом подбираются контрольные группы. Иными словами, не хватает всего того, что необходимо для эксперимента.

Следовательно, опыт терапии психозов также не может полностью заменить экспериментальный анализ психопатологических явлений. Возникает необходимость специальных экспериментальных исследований психики больных людей.

Такие эксперименты уже проводятся.

Из числа опубликованных в Советском Союзе экспериментальных исследований психопатологических явлений наиболее продуктивными представляются так называемые фармакодинамические пробы. Такие серии экспериментов, заключающиеся в разовых применениях лекарственных веществ не с терапевтической целью, проводились А.Б. Александровским, А.М. Халецким, А.С. Позианским, Г.В. Столяровым, И.С. Сумбаевым, Р.Х. Газиным, М. А. Рыбалко и др. Эти эксперименты открывают новую интереснейшую страницу психопатологии. Но они могли бы стать еще продуктивнее, если бы эффект фармакологического воздействия более строго фиксировался.

Обычно сдвиги в общем психическом состоянии больных либо сдвиги в проявлениях того или иного исследуемого синдрома и

симптома, возникающие в результате лекарственного воздействия, фиксируются все тем же методом наблюдения и расспроса. Поэтому они не могут быть достаточно объективно квалифицированы. Во время такого эксперимента больной продолжает какую-то деятельность, он присматривается, прислушивается к внешней обстановке, о чем-то беседует, но эта его деятельность протекает стихийно и не становится объектом точного исследования. Таким образом, эксперимент остается как бы половинчатым, незавершенным. Один из важнейших принципов, можно сказать, методологический принцип построения эксперимента школы академика И.П. Павлова, а именно, критерий реагирования на внешние воздействия упускается.

Между тем экспериментальные фармакологические воздействия должны были бы быть дополнены различными способами учета этого реагирования. Так, например, если больному дают лекарство, в результате которого нормализуется его прежде разорванная речь, то беседа с больным до введения лекарства и после его введения должна быть однотипной, содержать однородные вопросы и требования. Если лекарственное воздействие направлено на ослабление (или усиление) бредовой настроенности больного, то эксперимент должен быть поставлен так, чтобы степень этой настроенности больного могла быть учтена хотя бы по его отношению к однородным воздействиям.

По всей вероятности, дальнейшие пути экспериментального анализа психопатологических явлений будут заключаться в сочетании фармакодинамических проб с патопсихологическим экспериментом. Несомненно, что в ближайшие годы по мере увеличения интереса к механизмам симптомообразования экспериментальные методы исследования психики больных будут все больше разрабатываться и применяться.

Иногда возникают сомнения в том, возможно ли вообще проведение экспериментальной работы с психически больными. Эксперимент предполагает многократное повторение каких-либо действий в строго одинаковых условиях; испытуемые должны понимать и выполнять инструкции экспериментатора; подразумевается одинаковая заинтересованность больных в выполнении этой инструкции. Всего этого трудно ожидать от психически

больных. Тем не менее экспериментальная работа с ними возможна, и она практически проводится уже многие десятилетия.

Специфика психиатрической клиники требует лишь особого, более совершенного построения эксперимента. Необходима очень большая, «отработанная» простота инструкции, видоизмененная мотивировка заданий, особая тщательность протоколирования опыта. Обо всем этом будет подробно рассказано в главах 3 и 4. Здесь же следует подчеркнуть только, что при достаточной подготовке использование экспериментальных приемов при исследовании психически больных практически возможно.

Экспериментальный анализ причин и условий возникновения психопатологических симптомов и синдромов — задача самой психопатологии. Было бы совершенно неправильно предполагать, что такая задача может быть решена только с помощью экспериментальных методик патопсихологии.

Однако, поскольку в патопсихологии накоплен большой опыт экспериментального исследования психически больных, этот опыт может быть полезен психопатологии и психоневрологии.

Данная книга посвящена описанию экспериментальных методик патопсихологии и анализу опыта применения этих методик в психоневрологической клинике.

ОБЛАСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ, В КОТОРЫХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

В современной советской экспериментальной патопсихологии накоплены данные относительно типичных нарушений мышления, памяти, восприятии, эмоциональной сферы, речи и праксиса, характерных для различных заболеваний и их стадий. На основе этих данных возникает возможность выявления дополнительных дифференциально-диагностических признаков при экспериментальном исследовании каждого отдельного больного. Данные экспериментально-психологического исследования становятся продолжением и дополнением общего клинического изучения больных. Так, например, в тех стадиях развития артериосклероза головного мозга, в которых первые признаки психических нарушений еще мало заметны при клиническом наблюдении и выступают лишь в субъективных переживаниях и жалобах больных, экспериментально-психологическое исследование может установить объективные признаки ослабления памяти, внимания, зрительно-моторной координации.

При отграничении алкогольных психозов от шизофрении, осложненной алкоголизмом, существенным подспорьем может оказаться результат экспериментального исследования мышления. Так же важна оценка мышления при отграничении простой

вяло текущей формы шизофрении от психопатии. Показатели внимания и памяти больных могут служить дополнением в диагностике различных органических поражений мозга, отграничиваемых от шизофрении.

Накоплены экспериментальные данные, позволяющие отграничить различные варианты атрофических поражений мозга в старческом возрасте от сосудистых деменций и т. д.

Поэтому в практической работе кабинетов экспериментальной патопсихологии психоневрологических больных и диспансеров чаще всего обследуются больные, вызывающие трудности в диагностическом отношении.

Второй, достаточно широкой сферой применения методик экспериментальной патопсихологии является оценка эффективности терапии. Подбирая серии однотипных методик, равнотрудных н направленных на оценку определенных нарушений, исследователь получает возможность на протяжении длительного времени оценивать сдвиги в состоянии больных. Такие исследования состояния больных в динамике представляют интерес как для научных учреждений, в которых апробируются новые препараты и новые методы лечения больных, так и для больниц, диспансеров, практически осуществляющих различные методы лечения и контроль их эффективности.

Методики экспериментальной патопсихологии, предназначенные для учета сдвигов в психическом состоянии, применяются не только в психиатрической и неврологической клиниках. В области профессиональной гигиены, а также в терапии и даже в хирургии также иногда возникает задача точного анализа изменений внимания больных, колебаний темпа их работы и утомляемости. Для этой цели давно разработаны и успешно применяются различные серии экспериментальных методик.

Большой удельный вес имеют экспериментально-психологические исследования больных с целью психиатрической экспертизы (трудовой, воинской, судебной). Дело в том, что почти каждый больной обнаруживает какую-то заинтересованность в экспертном решении. Одни хотят, чтобы их признали психически полноценными, другие, наоборот, чтобы их признали больными. Чем сохраннее личность больного, тем более он способен

обнаружить какую-либо позицию в процессе экспертного обследования, особенно при эспериментально-психологическом исследовании. Следует учесть при этом, что реализация той или иной позиции во время испытания представляет собой значительно более сложную и опосредованную систему действий, чем обычный обман или сообщение врачам неправильных анамнестических сведений. Поэтому психологическое исследование больных в процессе любой психиатрической экспертизы очень часто вскрывает важные (трудно выявляемые без такого обследования) факты. Так, например, больной, диссимулирующий свою болезненную симптоматику, скрывающий анамнез, может при внешне упорядоченном поведении не проявить себя в беседе. И только в эксперименте может обнаружиться грубый дефект эмоциональной сферы и мышления. В противоположность такой ситуации, если больной добивается группы инвалидности или признания невменяемости после совершения правонарушений, он может высказывать правдоподобные жалобы, нередко заимствованные им из наблюдений за соседями по палате. Между тем даже простое экспериментально-психологическое исследование может легко вскрыть несоответствие жалоб больного и его экспериментальных данных. Опыт показывает, что те экспертные психиатрические комиссии, которые начали на каком-то этапе пользоваться экспериментально-психологическими данными, в дальнейшем часто отказываются выносить решения без применения этих методов — настолько полезными оказываются психологические экспериментальные методики именно в ситуации психиатрической экспертизы.

Область трудовой экспертизы требует особой модификации экспериментально-психологических методик, использования показателей времени и равномерности работы больных, соотношения разнообразных экспериментальных показателей с требованиями конкретной профессии больного. Большое количество оригинальных и тонких экспериментальных методик для практики трудовой психиатрической экспертизы разработано и апробировано В.М. Коганом и Э.А. Коробковой.

Трудную область, подлежащую компетенции патопсихолога, успешно разрабатывавшуюся в 30—40-х годах, но в последние

годы мало продвинувшуюся, представляет собой рациональное трудоустройство инвалидов, правильный выбор видов труда для них, основанный на экспериментальном анализе структуры дефекта.

Воинская экспертиза (в ее наиболее простых случаях) ставит перед психологическим исследованием вопрос об отграничении педагогической запущенности, низкого культурного уровня от своевременно нераспознанной олигофрении. В иных случаях возникают и значительно более сложные задачи.

Особую трудность и вместе с тем особый интерес представляет использование методик экспериментальной патопсихологии в практике судебно-психиатрической экспертизы. В этих случаях прежде всего возникает вопрос о степени интеллектуального снижения (при сосудистых, посттравматических поражениях мозга, при олигофрении, эпилепсии). Между тем оценка степени снижения затруднена. Больные в процессе исследования проявляют ту или иную заинтересованность в исходе экспертизы и, следовательно, в оценке их ответов и действий. Чаще всего эта заинтересованность проявляется в аггравации действительно имеющихся у больного расстройств памяти, внимания, осмысления. Построить эксперимент таким образом, чтобы сквозь эту «завесу» замедленности, отказов, нежелания выполнять экспериментальные задания найти возможность выявить истинную степень интеллектуального снижения, — задача трудная.

Как известно, клиническая картина заболевания у больных, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу, усложняется благодаря реактивным состояниям или даже обычным легким личностным реакциям на травмирующую ситуацию. Во всех этих случаях эксперимент позволяет более объективно установить те или иные особенности патологии психики.

Использование методик экспериментальной патопсихологии в психиатрической клинике детского возраста имеет наиболее широкое распространение. Помимо обычного их использования с целью дополнения дифференциальной диагностики (очень часто между олигофренией и последствиями органических заболеваний мозга, между олигофренией и задержками психического развития из-за педагогической запущенности, недоразвития речи

и т. д.) и учета эффективности терапии возникает специфическая для этой клиники задача, — задача прогноза обучаемости детей и практических выводов из такого прогноза. Умелое применение особой группы методик «обучающего эксперимента», основанных на теории Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития, помогает быстрее решить вопрос о желательном типе обучения ребенка с патологией психики.

Удельный вес экспериментально-психологических исследований различен в разных психиатрических учреждениях и при обследовании разных психически больных. Так, например, при наблюдении больных, страдающих диагностически ясно очерченными, выраженными психозами, потребность в таких дополнительных исследованиях меньше, между тем как в диагностически сложных случаях при кратковременном диспансерном или экспертном обследовании, а особенно в приемных отделениях больниц, необходимость в экспериментально-психологических исследованиях возрастает.

Следует учесть возможность и необходимость видоизменения отдельных методических приемов. Один и тот же (по направленности) экспериментальный прием может быть по-разному использован применительно к возбужденному больному или к депрессивному и заторможенному. Далеко не всякий эксперимент удается провести с подозрительно настроенным бредовым больным. Следует, однако, отметить, что почти нет таких больных в психиатрической клинике, включая возбужденных или мутичных и недоступных, к которым было бы совершенно невозможно применить какой-либо экспериментальный прием. Более того, именно такие больные, трудные для клинического изучения, чаще всего особенно интересно раскрываются при специально подготовленных экспериментальных исследованиях.

Одной из особенностей психологического исследования является многообразие конкретных методических приемов и вариантов эксперимента, поэтому особенно важно перед описанием отдельных методик дать характеристику основных принципов их построения.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА

Одним из основных принципов построения экспериментальных приемов, направленных на исследование психики больных, является принцип моделирования обычной психической деятельности, осуществляемой человеком в труде, учении, общении. Моделирование заключается в том, что вычленяются основные психические акты и действия человека и провоцируется, или, лучше сказать, организуется выполнение этих действий в непривычных, несколько искусственных условиях. Так, например, если одним из типичных интеллектуальных процессов учащегося является ориентировка в тексте, его запоминание и краткое воспроизведение, то и эксперимент может состоять в том, что больному предлагают какой-либо ранее ему незнакомый текст, дают ему возможность определенное число раз прочесть его и спустя фиксированное время просят воспроизвести этот текст.

Количество и качество такого рода моделей очень многообразны; здесь и анализ, и синтез, и установление различных связей между предметами, комбинирование, расчленение и т. д. Практически большинство экспериментов заключается в том, что больному предлагают выполнить какую-либо работу, предлагают ему ряд практических заданий либо действий «в уме», а затем тщательно регистрируют, каким способом больной дей-

ствовал, а если ошибался, то чем были вызваны и какого типа были эти ошибки.

Таким образом, экспериментальные задания строятся по типу общепринятых в медицине адекватных функциональных проб. Для психической, т. е. отражательной деятельности мозга адекватной функциональной пробой является дозированная умственная нагрузка. При всем многообразии психологических экспериментов общим для них является то, что больному предлагают выполнить то или иное задание по определенной инструкции, — задание, представляющее собой модель обычной интеллектуальной деятельности.

Вовсе не просто, однако, создать экспериментальный прием, который в подлинном смысле слова моделировал бы суть какой-либо психической деятельности. В области психологии труда, например, создано много приемов и аппаратурных установок, в которых копируется внешняя сторона профессионального труда (кабины, пульты управления), но не всегда улавливается самая суть психической деятельности, обеспечивающей успех в той или иной профессии. В патопсихологическом эксперименте должна быть смоделирована еще более общая, внепрофессиональная структура деятельности: активная ориентировка в новом, целенаправленность, критичность, содержание ассоциаций.

Кроме того, даже создание принципиально правильной модели тех или иных психических актов еще не означает создание удачного экспериментального приема. Эта модель должна быть так подана больному, чтобы суть, или сердцевина, исследуемого психического процесса не зависела от намерений больного, была от него во многих случаях скрыта. Это достигается с помощью измененной мотивировки задания. Например, возникает задача исследовать содержание и связность свободных ассоциаций больного, но больного спрашивают о том, может ли он быстро говорить, и предлагают «на скорость», как можно быстрее назвать 60 любых слов. Та же задача выявления содержания и связности ассоциаций больного может быть выявлена методикой пиктограммы. Предлагая эту методику, экспериментатор спрашивает обычно у больного, хороша ли у него зрительная

память и предлагает проверить ее с помощью рисунков, подбираемых к каждому запоминаемому слову. Больной старается запомнить слова, а предметом исследования становятся выбранные больным для опосредования образы.

В другом эксперименте (см. методику «Слуховые восприятия») у больною «проверяют слух», а предметом анализа становятся провоцируемые вследствие длительного прислушивания к тихим звукам вербальные слуховые обманы.

Примеров такой измененной мотивировки задания можно привести много, они станут понятнее после ознакомления со всеми методиками. Главное заключается в том, что моделируемый психический акт или процесс должен быть претворен в эксперименте в иначе мотивированное, простое, доступное разумению психически больного человека действие.

Вторым принципом построения патопсихологического эксперимента является направленность на качественный анализ психической деятельности больных. Для толкования экспериментальных данных существенно не то, решена или не решена предложенная больному задача; существенно не то, сколько процентов предложенных задач выполнено, а сколько нет. Лишь в редких, специально направленных заданиях ограничивается время их выполнения.

Главными для толкования экспериментальных данных являются качественные показатели, т. е. те показатели, которые свидетельствуют о способе выполнения заданий, о типе и характере ошибок, об отношении больного к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора. Этот важнейший принцип построения и истолкования экспериментов будет конкретно раскрыт при описании каждой экспериментальной методики в отдельности. Однако о нем очень важно указать в самом начале книги, так как в этом отношении методики, принятые в советской патопсихологии, существенно отличаются от психометрических экспериментов, сохранившихся и в настоящее время во многих зарубежных странах.

Принцип качественного анализа не следует понимать как нечто противоположное количественной статистической обработке данных. При апробации всех экспериментальных методик такая

количественная обработка обязательно проводится, но подсчитываются способы выполнения заданий или ошибки и их типы. Так, например, исследование, проведенное Б.В. Зейгарник, показало, что при использовании метода пиктограммы у больных шизофренией рисунки в 64 % случаев носили бессодержательный, формальный характер. В «классификации предметов» ошибки больных по типу конкретно-ситуационных сочетаний встречались в 95 % случаев при олигофрении и только в 9 % случаев при шизофрении. Таким образом, количественные показатели являются обязательным условием качественного анализа данных. Противопоставить качественному анализу можно лишь измерительный характер тестов, попытки измерить коэффициент ума или иного свойства психики путем подсчета количества правильно решенных задач.

Излишней и просто невозможной при исследовании психически больных является чрезмерная стандартизация условий исследования, ограничение времени. Напротив, желательной, нужной, оказывается помощь экспериментатора испытуемому, индивидуальный подход к нему в процессе исследования. Совместное преодоление ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, учет того, какая помощь оказалась больному необходимой и достаточной, представляет наиболее интересный и показательный материал. Лишь в отдельных случаях сохраняет значение измерительный характер исследования: при анализе утомляемости, психического и моторного темпа.

Третий принцип, положенный в основу всех экспериментальных приемов, очень прост и вытекает из самого смысла слова «эксперимент».

Эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов. При всех вариациях и видоизменениях конкретных методических приемов недопустимо сводить эксперимент к свободной беседе с больным или ограничиваться субъективной интерпретацией экспериментальных данных.

Разумеется, эксперименты, которые проводятся с психически больными, заведомо не могут быть столь точными и безупречными, как эксперименты в общей психологии. Психически

больные не только нарушают порядок работы, предусмотренный инструкцией, но иногда и вовсе не так действуют, как должно, обсуждают и комментируют пособия, вместо того чтобы раскладывать их соответствующим образом, прячут их в карманы, выполняют действия, прямо противоположные тем, о которых их просят.

Однако все эти искаженные, не соответствующие инструкции действия больных не являются «срывом» эксперимента. Они представляют собой ценный экспериментальный материал, который может оказаться продуктивным и важным для анализа психики больного, при условии, если все, что происходило во время эксперимента, было тщательно запротоколировано. И наоборот, какими бы интересными и яркими ни оказались результаты применения экспериментальных приемов, если не было во время опыта тщательного протокола, опыт можно считать сорванным. Совершенно недопустимо вести эксперимент без протокола; протокол — такое скучное, казалось бы, понятие — является «душой» эксперимента. Даже если высказывания больного записываются с помощью магнитофона, протокол все равно следует вести, так как нужно еще записать действия больного с пособиями, его эмоциональные реакции и т. д.

Для каждой экспериментальной методики существует обычно своя, особая форма протокола и особый способ обработки экспериментальных данных. Знание формы протокола не менее обязательно для экспериментатора, чем знание инструкции и порядка проведения опыта. Общей для многих методик формой является следующая. Вверху на каждой странице протокола записывается фамилия больного, дата и название методики. В графе слева записываются этапы инструкции, реплики, вопросы и замечания экспериментатора, в средней графе — действия больного, а в правой — устные высказывания, ответы и пояснения больного.

Экспериментатор	*Действия больного*	*Высказывания больного*

Приведенная схема вовсе не является универсальной. Обычно протоколы составляются гораздо подробнее. Повторяем, для каждой методики существует своя особая форма протокола, но общей для всех методик является запись действий и устных пояснений больного, запись той помощи (вопросов, критических возражений, подсказывающих реплик, прямых разъяснений), которую экспериментатор оказывает больному, и того, как больной принимает эту помощь (сразу спохватывается и исправляет ошибки, оспаривает возражения, считает равновероятными свой собственный неправильный ответ и ответ, подсказанный экспериментатором). Каждый эксперимент должен дать объективно зарегистрированные конкретные данные, которые могут быть повторно получены и другим экспериментатором, и с помощью каких-либо иных контрольных опытов.

Таковы общие принципы построения патопсихологического эксперимента.

Следует также указать способы варьирования условий эксперимента.

Первый способ заключается в варьировании ситуации, в которой находится больной, так, например, можно с экспериментальной целью поместить больного в специально оборудованную комнату, положить около него какие-то предметы (например, около маленьких детей — игрушки), регистрировать поведение больного в абсолютной тишине и в условиях специально создаваемого шума или словесных раздражителей.

Второй способ заключается в искусственном варьировании деятельности больного. Например, для изучения состояния памяти больному предлагают заучивать что-либо; для изучения мышления его вынуждают решать разного рода задачи. Варьируется характер предлагаемой больному деятельности, варьируется ее трудность.

Третий способ заключается в искусственном варьировании состояния больного путем специальных (не терапевтических) лекарственных воздействий.

О НАПРАВЛЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ МЕТОДИК

До сих пор речь шла об эксперименте вообще, — об эксперименте как о некотором принципе построения исследования. Однако в реальной практике патопсихологических исследовании эксперимент принимает обычно форму каких-то конкретных специализированных методик. Каждая такая методика отвечает на узкий, частный вопрос, характеризующий тот или иной аспект психической деятельности, каждая методика обладает заостренной направленностью на обнаружение какого-либо одного элемента психической деятельности или психического дефекта. Так, например, при исследовании мышления некоторые методики выявляют особенности суждений больного в условиях заданий, строго регламентирующих ход рассуждений, а другие — особенности суждений в условиях большой свободы в выборе направлений мысли. Одни методики выявляют устойчивость суждений больного при отвлекающих и сбивающих элементах заданий, другие — продуктивность ассоциаций при необходимости спонтанной деятельности.

Вариантов методик, направленных на исследование мышления, на анализ «внутренней лаборатории» мыслей больного, существует большое количество. Среди них аналитические (ассоциативный эксперимент, методика Леонтьева, пиктограмма) и синтетические (пересказы, классификации), словесные (существенные признаки, простые и сложные аналогии) и вещные,

предметные (исключение предметов, последовательность событий), требующие одномоментной сообразительности (карикатуры, исключение предметов) и длительной однотипной работы (простые аналогии, счет по Крепелину). Одни требуют определенной стратегии логического мышления (Выготского — Сахарова, классификация), другие — только «схватывания» (сюжетные картинки), одни больше выявляют понимание, другие — творчество. Перечислить вариации экспериментальных приемов трудно, важно лишь отметить, что только определенная совокупность приемов и сопоставление разных экспериментальных данных дают основание для оценки особенностей интеллектуальной деятельности больного.

Методики экспериментальной патопсихологии могут быть также использованы для анализа самых простых нарушений психики. Даже такая, казалось бы, элементарная особенность психики, как замедленность ее процессов, может по-разному раскрыться при экспериментальном исследовании. В одних случаях замедленность обусловлена психогенной депрессией, и тогда больные оказываются способными к быстрому, легкому пониманию различного материала; замедленность проявляется главным образом в продуктивной деятельности, в практических действиях больных. В других случаях необычайная медлительность раскрывается как компенсаторный механизм, прикрывающий растекаемость мышления больного; при переключении от словесно-логических заданий к техническим или счетным больной начинает работать быстро, без напряжения. Замедленность некоторых больных обусловлена колебаниями внимания, т. е. неравномерностью темпа, чередованием нормальной по темпу работы с эпизодически наступающими паузами, перерывами деятельности.

Почти каждая из методик позволяет косвенным образом анализировать и отношение больного к ситуации, и к себе самому. Это определяется тем, что любой набор экспериментальных заданий независимо от конкретного содержания методик является для больных своеобразным «естественным экспериментом». Больные воспринимают смысл этих заданий как проверку их умственной работоспособности. Огромный интерес представляет то, как они относятся к этой проверке: охот-

но, старательно или негативистично выполняют инструкции; заинтересованы в хорошей оценке их решений или безразличны к ней. Анализ этого отношения больных к исследованию позволяет выявить существенные показатели, характеризующие распад или сохранность их личности.

Таким образом, оказывается, что, хотя каждая методика обладает какой-то преимущественной узкой направленностью, она дает одновременно материал для выводов об иных сторонах или особенностях психики больного. Методики, направленные на анализ мышления, помогают также выявить сохранность или распад личности больного, его эмоциональной сферы. Даже в пределах познавательной деятельности одна и та же методика может быть использована и для анализа памяти больного, и для анализа особенностей его ассоциации (например, «пиктограмма»), и для характеристики инертности либо подвижности, живости его психических процессов. Вследствие такой многосторонней возможности истолкования экспериментальных данных по каждой отдельной методике система их изложения приобретает крайне условный, приблизительный характер. Так, например, «предметная классификация» должна быть отнесена к группе методик, направленных на исследование мышления. Между тем с помощью этого эксперимента можно получить данные для суждения о внимании и памяти больного, попутно выявить явления ампестической афазии и истощаемости. Предназначенная для исследования памяти методика Леонтьева может обнаружить явные расстройства мышления больного, причудливый выхолощенный характер его ассоциаций.

Многообразие и многоплановость использования экспериментальных методик не должны, однако, заслонять некоторые их недочеты. Несмотря на то что каждая такая экспериментальная методика апробирована на нескольких тысячах больных, ни одна из них не обладает той степенью достоверности и надежности, какой, например, обладает в неврологическом обследовании рефлекс Бабинского или характер реакции зрачков на свет. Поэтому обнаруженные посредством какой-либо методики особенности или дефекты психики больного должны обязательно проверяться с помощью других методик. Это обязательно не только

ввиду неполной достоверности отдельных методик. Дело еще в том, что толкование экспериментальных данных требует полноты сведений о психике больного. Так, например, для того чтобы сделать вывод об ослаблении памяти больного, нужно обладать данными, свидетельствующими об адекватной личностной заинтересованности его в достижении правильных решений и о достаточном осмыслении запоминаемого материала. Без этих данных плохие или хорошие показатели памяти не убедительны. Поэтому больной должен быть исследован всесторонне, с помощью нескольких методик.

Выбор программы исследования зависит от клинической задачи, от психического состояния больного, от его образования и от степени сложности психических нарушений. О том, как строить программу исследования, как подбирать адекватные методики, будет сказано в конце книги в особой главе. Здесь же следует только подчеркнуть, что экспериментатор всегда стоит перед задачей выбора 7—8 адекватных для данной клинической задачи методик из числа 40—60 вообще существующих.

ЧАСТЬ II

ВВОДНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Порядок описания методик носит характер очень условной схемы в связи с указанной ранее возможностью разнообразного истолкования экспериментальных данных (т. е. в связи с тем, что методика, предназначенная для исследования памяти, может дать материал для анализа мышления и эмоционально-волевой сферы больных).

Вначале приводится описание группы методик, направленных на исследование сенсомоторной сферы и внимания. Затем описывается группа методик, направленных на исследование памяти и на исследование мышления. В последнюю группу методик вошли лишь некоторые, направленные на исследование эмоционально-волевой сферы больных, их самооценки и так называемой внутренней картины болезни.

Описание каждой методики состоит из четырех разделов, обозначенных номерами: **1, 2, 3, 4.**

В первом разделе указывается преимущественная направленность методики, возможность дополнительного истолкования ее данных и краткие сведения об источниках ее возникновения.

Второй раздел содержит указания на то, какие аппараты или наглядные пособия нужны для проведения опытов, что должен подготовить экспериментатор перед началом опыта, а также указания, ограничивающие применение данной методики.

В третьем разделе содержатся описания порядка проведения опыта, инструкции и некоторые советы о том, как следует вести протокол опыта.

В последнем, четвертом, разделе даются указания по поводу интерпретации экспериментальных данных.

При проведении экспериментальной работы следует учесть некоторые методические советы.

Обязательно вести протоколы опытов в момент их проведения; не следует откладывать оформление протоколов. Протоколы, ведущиеся во время работы с больным, будут не такими полными и аккуратными, как того бы хотелось, но зато они гораздо достовернее и точнее. Постепенно, приобретая навык, экспериментатор учится писать протоколы все более полно и аккуратно.

В процессе выполнения больным экспериментальных заданий экспериментатор задает ему вопросы и помогает правильно выполнить задание. Формы этой помощи могут быть очень различны.

Помощью является даже простое переспрашивание, т. е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание больного к сказанному или сделанному.

Иным видом помощи являются одобрение действий больного и стимуляция, например, словами: хорошо, дальше.

Помощью могут быть вопросы о том, почему больной сделал то или иное действие, поскольку такие вопросы помогают больному уточнить собственные мысли.

Более значительная помощь — наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора.

Дальнейший уровень помощи — это подсказ, совет действовать тем или иным способом.

Экспериментатор может показать больному, как действовать, и попросить его самостоятельно повторить это действие.

И наконец, можно прибегнуть к длительному обучению больного тому, как надо выполнять задание.

При описании отдельных методик приводятся указания на то, какие виды помощи в этом задании уместны. Выбор адекватных

способов помощи остается одним из трудных разделов экспериментальной работы, требующим опыта и квалификации. Общие правила, которыми следует при этом руководствоваться, заключаются в следующем:

1) Раньше следует проверить, не окажутся ли достаточными более легкие виды помощи, а затем уже прибегать к показу и обучению;

2) Экспериментатор не должен быть многословным или вообще чрезмерно активным; его вмешательство в ход эксперимента, т. е. в работу больного, должно быть обдуманным, скупым, редким;

3) Каждый акт вмешательства, т. е. помощи, должен быть внесен в протокол (так же как ответные действия и высказывания больного).

Наибольшую трудность представляет анализ экспериментальных данных. Важно суметь отграничить проявления патологии психической деятельности от особенностей психики, связанных с индивидуальными свойствами личности больного, или от неправильного отношения к исследованию. Во избежание ошибок желательно, чтобы экспериментатор, во-первых, приобрел личный опыт экспериментального исследования психически здоровых людей и, во-вторых, рассматривая полученные им экспериментальные данные при исследовании больных, сопоставлял их с клиническими. Психолог должен перед исследованием тщательно изучить историю болезни больного, включая последние дневники, и анализировать экспериментальные факты с большой сдержанностью и осторожностью.

На первых этапах ведения экспериментальной работы следует больше всего остерегаться произвольных, малообоснованных толкований. Поэтому, делая в заключение какой-либо вывод из полученных экспериментальных данных, нужно обязательно записать те факты (действия или слова больного), из которых этот вывод следует. Полезно также проверить этот вывод с помощью других методик при повторном исследовании. Единичные, не повторяющиеся экспериментальные факты очень

редко могут иметь существенное значение для клиники, особенно если получены недостаточно опытным экспериментатором.

На основании анализа экспериментальных данных составляется «заключение», которое вкладывается или вписывается в историю болезни (протоколы опытов сохраняются отдельно). О том, как составлять заключение, см. 11 главу.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСОМОТОРНОЙ СФЕРЫ И ВНИМАНИЯ

ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНАЯ КООРДИНАЦИЯ

1. Назначение методики — исследовать точность движений обеих рук, умение больных координировать движения в заданном темпе, корригировать их под контролем зрения.

Применение этой методики позволяет выявить мало выраженную сторонность поражения и отличить нарушения корковой коррекции движений от нарушений тонуса, связанных с поражениями подкорковых областей. Методика может быть полезна при исследовании неврологических больных, а также в психиатрической клинике при выявлении органических поражений мозга.

2. Для проведения опытов нужен электрокимограф с удлинителем и укрепленная на нем система пневматической передачи от резиновой груши до чернильного писчика. На барабаны кимографа надевается бумажная лента, на которой темными чернилами расставлены на разной высоте (на расстоянии 4—6 см друг от друга наискосок) отдельные точки. Кимограф* установлен так, чтобы лента двигалась со скоростью 60 см в минуту.

3. Больной усаживается на стул так, чтобы его правая рука от локтя до кисти лежала на столе, на котором установлен кимог-

* Электрокимограф — довольно громоздкий и неудобный в обращении аппарат по внешнему виду сравнимый с фотоувеличителем

раф, а бумажная лента была прямо перед глазами. Экспериментатор берет в правую руку грушу так, чтобы нажимы на нее осуществлять большим пальцем, и показывает больному, что происходит с писчиком, когда он нажимает на грушу и когда опускает ее. Он говорит больному: «Вот видите, когда я слегка нажимаю на грушу, перо идет вверх, а когда отпускаю — перо идет вниз». Экспериментатор убеждается в том, что больной это увидел, предлагает ему несколько раз перевести взгляд от груши к писчику. Затем экспериментатор продолжает: «Видите вы точки на бумаге? Лента будет двигаться (включает кимограф). Задача заключается в том, чтобы, нажимая на грушу, соединить чернильной линией все точки». Экспериментатор обводит сам 6—8 точек и при этом говорит: «Нужно попасть в каждую точку и постараться, чтобы линия от точки к точке была прямой и ровной». Затем экспериментатор передает грушу больному, проверяет правильность положения груши в его руке (все предплечье руки и кисть должны лежать на столе, груша находится между вторым и третьим пальцем, нажимы на основание груши производятся большим пальцем) и говорит: «Теперь сделайте это вы. Сразу редко у кого выходит хорошо, нужно немного поучиться».

После того как больной проделал задание правой рукой на ленте длиной в метр, его просят встать и усаживают за стол так, чтобы он положил на стол предплечье левой руки, и то же задание выполняется левой рукой.

В случае если выявляется заметное различие в качестве кривых, записанных правой и левой рукой, опыт необходимо сразу повторить, но при повторении раньше проводят запись левой рукой, а затем правой, чтобы исключить роль упражнения и

(фотографию аппарата можно увидеть в предыдущих изданиях «Экспериментальных методик...») в настоящее время, пожалуй, уже устарел, хотя его еще можно обнаружить в недрах старых психиатрических клиник. Сама методика довольно актуальна и поныне, особенно для медико-психологической экспертизы; по идее А.Я. Ивановой, ее можно модернизировать, используя вместо кимографа компьютер с мышью. — *Прим. ред.*

утомления. Анализ результатов опыта проводится по формам полученных на бумажной ленте кривых (рис. 1).

Наличие такого объективного показателя, как записанные самим больным кривые, крайне упрощает протоколирование опыта. Остается лишь отметить в протоколе, насколько быстро была понята инструкция, сразу ли усвоил больной, когда следует нажимать, а когда отпускать грушу.

Это имеет значение потому, что при слабоумии в самых ранних стадиях апрактических расстройств некоторые больные с трудом усваивают зависимость между нажимами на грушу и движениями писчика.



Рис. 1. Норма

В протоколе отмечаются также высказывания больного о затруднениях, об усталости и т. д. (хотя разговоры во время работы не только не поощряют, но просят отложить). В итоге форма протокола имеет следующий очень простой вид:

Фамилия больного *Дата*

Рука	*Понимание инструкции; дополнительные замечания*	*Оценка кривой*
Правая		
Левая		

Кривую свертывают и прикалывают к протоколам. Само собой разумеется, что на ленте, в начале ее, также записывают фамилию больного и дату.

4. Результат этого очень простого и кратковременного эксперимента дает объективный материал для анализа моторики больного. Выявляются различия в движениях рук, свидетельствующие о скрытой сторонности поражения. Неровность, толчкооб-

разность движений, свидетельствующая об огрубении корковой коррекции движений, наблюдается при сосудистых поражениях мозга (рис. 2) и в более грубой форме — при алкоголизме (рис. 3).



Рис. 2. Толчкообразные движения больного атеросклерозом



Рис. 3. Толчкообразные движения больного при хроническом алкоголизме



Рис. 4. Тремор у больной, перенесшей энцефалит

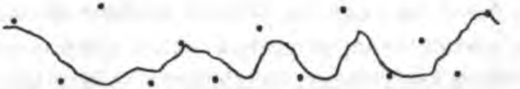


Рис. 5. Замедленность движений при паркинсоноподобном синдроме сосудистого происхождения

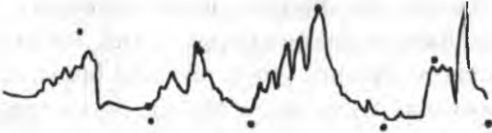


Рис. 6. Атактические движения у больной, перенесшей энцефалит

Эту толчкообразность движений следует отличать от тремора, который совершенно иначе записывается на ленте (рис. 4). Одним из доказательств того, что толчкообразность кривой вызывается огрубением корковой коррекции движения, является следующий факт: если больному, который обводит точки толчкообразной линией, предложить продолжить кривую с закрытыми

глазами (т. е. не стремясь попадать в точки, а просто нажимая и отпуская грушу), кривая станет плавной.

При паркинсоноподобных синдромах сосудистого происхождения в эксперименте исчезает свойственное больным дрожание рук (кривая, которую они записывают, носит плавный характер, но движения чрезвычайно замедленны, больные систематически «опаздывают», пропуская точки) (рис. 5).

У некоторых больных при исследовании отчетливо выступают атактические нарушения движения (рис. 6), у других — порывистые периодические подергивания (например, при хорее Гентингтона).

Обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на резко выраженные гиперкинезы, искажающие кривую, больные хореей Гентингтона после некоторою этапа обучения и адаптации к опыту умудряются все же попадать в точки (рис. 7).

Внезапные подергивания, очень похожие на хореаформные, но значительно слабее выраженные и реже прерывающие ход кривой, наблюдаются при различных органических поражениях центральной нервной системы с диэнцефальными синдромами. Правильнее было бы сказать, что это вообще не подергивания мышц руки, а именно характерный рывок кривой (рис. 8), возникающий из-за внезапного ослабления тонуса мышц, осуществляющих нажим на грушу.

При токсических профессиональных заболеваниях, в частности при длительном воздействии ионизирующего излучения, иногда, помимо толчкообразности движений, наблюдается быстро наступающая мышечная утомляемость; больные не в силах продолжать нажимы груши после 30—40 секунд (рис. 9). Нажимы на грушу на протяжении 2—2,5 минут опыта, как правило, не вызывают мышечного утомления; только при хронических лучевых заболеваниях мы наблюдали выраженную утомляемость в этом эксперименте.



Рис. 7. Компенсаторные возможности при хорее Гентингтона (больная попадает в точки, несмотря на гиперкинезы)

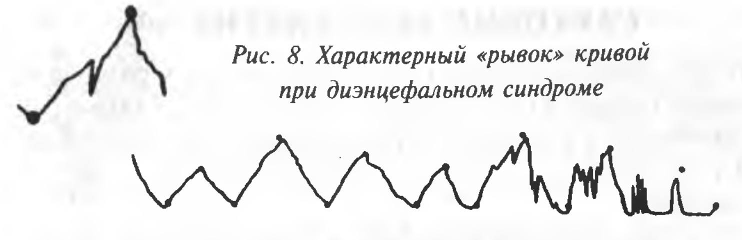

Рис. 8. Характерный «рывок» кривой при диэнцефальном синдроме

Рис. 9. Утомляемость к концу одной минуты



Рис. 10. Кривая больного-алкоголика в период абстиненции



Рис. 11. Кривая того же больного после лечения

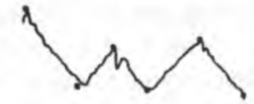


Рис. 12. Нарушение зрительно-моторной координации под влиянием приема амитала

Проба отличается высокой чувствительностью. Поэтому ею удобно пользоваться для динамического наблюдения за больными. Она выявляет сдвиги после проведенной терапии, например у алкоголиков (рис. 10, 11), и может служить индикатором фармакологических воздействий (рис. 12).

Литература

Рубинштейн С.Я. Методика исследования зрительно-моторной координации больных, страдающих сосудистыми заболеваниями мозга. Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга. Труды Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. Т. 22. М., 1960.

Голодец Р.Г., Зейгарник Б.В., Рубинштейн С.Я. Вопросы психологии, 1963, 5.

СЛУХОВЫЕ ВОСПРИЯТИЯ

1. Методика предназначена для исследования того, различают ли больные предметный источник тихих звуков, а также для провоцирования и изучения слуховых обманов, возникающих иногда у больных в процессе длительного прислушивания к тихим звукам.

2. Для проведения опыта нужен магнитофон, специально смонтированный таким образом, чтобы его репродуктор находился в возможно более тихой, т. е. изолированной от внешнего шума комнате, а сам звукозаписывающий аппарат с кассетами — в другой. Кроме того, на ленте одной из кассет должны быть предварительно записаны следующие звуки: шелест страниц перелистываемой книги, журчание воды (при вдувании в нее воздуха через трубочку), звук перекатывания по дереву деревянных шаров, пересыпание крупы в тарелку, шум дождя, трение двух металлических пластинок и т. д. Длительность звучания каждого такого шума 55 секунд, затем интервал 5 секунд перед следующим звуком. На последние 10 минут дается иной набор: короткие — на 3—5 секунд — звуки, отчетливо различимые по предметному источнику: звук кашля, падения на пол деревянных кубиков, звон стекла, свист, шепот, звук пролитой воды, всхлипывание, стук в дверь, пение птицы, вздохи и т. д. Интервалы между этими звуками аритмичны, в среднем 30—57 секунд почти абсолютной тишины. Длительность всего набора звуков 25 минут.

3. Исследование проводится под видом проверки слуха. В комнате тихо, никого, кроме экспериментатора, нет, неполное затемнение (экспериментатор должен иметь возможность писать). Больного расспрашивают о том, хорошо ли он слышит, а затем говорят: «Сейчас мы проверим ваш слух. В этой комнате будут слышны тихие звуки. Слушайте их внимательно и все время говорите мне тихим голосом, что вам слышно. Если трудно будет понять, что именно слышно, говорите мне, на что этот звук хотя бы приблизительно похож, что он вам напоминает, но старайтесь как можно точнее определить звук. Слушать надо будет долго. Сядьте поудобнее и прикройте рукой глаза, тогда лучше будет слышно». (Если больной возражает или неохотно

соглашается прикрыть глаза, настаивать ни в коем случае не нужно. Следует лишь позаботиться о том, чтобы больной сидел удобно. Желательно, чтобы он сидел в мягком кресле.) После этого лаборант в соседнем помещении включает магнитофон, т. е. опыт начинается. Протокол ведется на специально разграфленной бумаге, так что против места, обозначающего какой-либо звук, экспериментатор в соседней графе записывает все высказывания больного. Если больной молчит, экспериментатор тихим голосом спрашивает у него: «А сейчас что слышно? А сейчас?» Такие вопросы отмечаются в протоколе вопросительным знаком. Других слов экспериментатор не произносит, а вопросы задает как можно реже. В результате протокол имеет следующий вид (многоточиями обозначается длительное молчание больного):

	Фамилия И. О. Дата	
Звук	Высказывания больного	Помехи
Перелистывание Бульканье	... Как будто мышь скребет... шум... ... (?) Как будто легкие удары по металлу. Вода переливается... Чайник кипит... и т. д.	

4. Применение данной методики выявило следующие факты. Пытаясь различить трудно различимый предметный источник звуков, как здоровые, так и больные вначале ассоциировали эти звуки с теми, которые были привычны им по профессиональному или житейскому опыту.

В последующие секунды здоровые переходили к более или менее объективной предположительной характеристике этих звуков: говорили о трении металла, шелесте бумаги, бульканье и т. д.

Иначе происходил тот же процесс слуховых восприятий у исследуемых во время реактивных состояний истерического характера. В начале слушания звуков они, так же как и здоровые, ассоциировали слышимые звуки с привычными им по профессиональному или жизненному опыту звуками. В последующие секунды и минуты больные не исправляли свои толкования,

как это делали здоровые, не уточняли характеристики звуков, а, напротив, полностью включались в эту припомнившуюся им ситуацию и начинали иллюзорно воспринимать звуки.

Так, больной, по профессии пожарник, начиная с 10-й минуты опыта все звуки воспринимал как сцену тушения пожара, «слышал», как плакали погорельцы, как ломали ломом стену и заливали огонь водой из рукава. От волнения больной во время опыта охрип, потерял голос.

Одна из больных в звоне стекла узнала церковные колокола и, опустившись на колени, проникновенно молилась. Другой больной принял шелест бумаги за стрельбу пулемета, кричал, командовал. В тихом звуке всхлипывания очень многие узнавали голоса своих близких; волнуясь, требовали немедленного свидания с ними.

Возникшие у этих больных истерии по ассоциации воспоминания о каких-либо ситуациях прошлого, профессиональных, военных или бытовых сценах становились для них актуальными переживаниями. Эти переживания охватывали их настолько, что все последующие звуковые раздражители не могли быть расценены ими объективно, а как бы «подтягивались», искаженно воспринимались в плане овладевших ими образных представлений. Погружение больных в эту воображаемую ситуацию иногда достигалось путем некоторого самовзвинчивания, иногда происходило по типу грез, но внешние двигательные и мимические проявления больных, их интонации, смех, слезы и возгласы свидетельствовали об известной глубине и целостности этих включений. Характеристика звуков, которую продолжали давать больные, носила иллюзорный характер. Иногда наряду с иллюзорными искажениями звуков наблюдались также включения дополнительных ложных восприятий, для которых трудно было найти какую-либо основу в реальном составе звуковых раздражителей, но которые вытекали из содержания переживаемой ситуации в целом.

Несмотря на крайне мимолетный, нестойкий и неразвернутый характер описанных состояний, они все же могут быть рассматриваемы как экспериментально спровоцированные слуховые иллюзии, связанные с погружением в воображаемую ситуацию. Если искать аналогию этим состояниям в клинических

формах нарушений сознания, то они ближе всего к состоянию так называемого истерического транса или делирия. Они несколько напоминают также описанные В.П. Сербским под названием скоропреходящих психозов истеричные состояния без припадков, но со «своеобразным расчленением сознания», благодаря которому, как пишет Сербский, «действительные восприятия переплетаются самым странным образом с бредом».

Для понимания того, как происходит включение истериков в воображаемую ситуацию, важны данные А.А. Ухтомского о принципе доминанты, ее инерции и о различии двух путей восстановления доминанты. Он указывает (описывая в этом месте доминирующие переживания человека), что доминанта может восстанавливаться и возобновляться двумя разными путями: первый путь — кортикальный, это ассоциация, благодаря которой прежнее переживание повторяется как более или менее мимолетное воспоминание и уходит; второй путь, когда прежнее переживание возникает, выражаясь словами Ухтомского, во всей соматической констелляции, т. е. сопровождаясь сосудистыми, секреторными и прочими целостными телесными компонентами. Воспоминание, мысль о пережитом или даже представление о нем становится в этих случаях повторным чувственным переживанием. Этот второй путь наблюдался, видимо, и в наших опытах. Слушая разнообразные нейтральные звуки, больные-истерики, как бы отбирают среди них те, которые ассоциируются с личными переживаниями и мечтами, затем с легкостью включаются в переживание воображаемой ситуации не только мыслью, но всеми своими чувствами, движениями и т. д.

Ассоциации по впечатлению, минуя сознательный контроль, реализуются в действиях. Вместо анализа и синтеза объективных звуковых раздражителей появляется иллюзорная переработка их.

Эти наблюдения подтверждают факты, известные давно. Особенностью их является, однако, то, что они вызываются экспериментально.

Именно в экспериментальной ситуации можно было с секундомером в руках измерять длительность подобных состояний, глубину погружения больных в эти состояния, наблюдать

двойную ориентировку больных, изучать возможность преодоления иллюзорных состояний.

У больных во время депрессивных состояний на фоне сосудистой патологии выявлялась невозможность различения предметного источника звуков при нормальном слухе. Больные описывали слышимые звуки, правильно указывали, что звук стал тише или прекратился, но не могли узнать его. Эта невозможность узнать звук особенно ярко выступала в конце опыта, когда изредка звучали совершенно отчетливые звуки кашля, шепота и всхлипывания.

Следующее наблюдение относилось к больным, у которых до исследования клиницистами констатировался галлюцинаторно-параноидный синдром (реактивного происхождения). У этих больных в процессе прислушивания к звукам наблюдалось чередование правильного их восприятия с искаженным, преимущественно с вкраплением вербальных галлюцинаций.

Так, например, больная во время исследования сначала объективно характеризовала звуки, а затем при звуках перелистывании страниц книги начинала произносить слова в ритме шелеста бумаги:

«Ты дрянь ...ты дрянь ...ты дрянь ...тебя ...тебя ...тебя...» — так они говорят». При последующих звуках в ответах больной также чередуются описания этих звуков с повторением слов, слышимых больной галлюцинаторно. Обращает на себя внимание зависимость этих слов от фактически звучащих или слышимых ею звуков. Так, например, раздаются звуки ударов по стеклу («звон графина»). Больная описывает их так: «Звон, точно в церкви, — приглашает к обедне в немецкой кирке... На кладбище звонят». Следующий затем звук — «завод часов». Больная отвечает так: «Кто-то сказал, что я на кладбище нахожусь».

Звук падения на стол деревянных предметов очень многими испытуемыми принимается за выстрел, и действительно некоторое сходство со слышным издалека выстрелом у этого звука есть. Больная М., услышав этот звук, улыбнулась и сказала: «Выкрик бандитский какой-то... как будто сказали остановись». Следующее за тем слово «18» больная также воспроизвела как слово «остановись».

У больного Т., перенесшего реактивный галлюциноз, также наряду с неотчетливой, неопределенной характеристикой звуков наблюдалась переработка звуковых восприятии в вербальные галлюцинации. Так, например, при звуке журчания воды больной повторил услышанные им слова «пойдем поплаваем» и ответ на вопрос экспериментатора: «Что это означает?» невозмутимо объяснил: «Так слышно... какой-то человек кого-то приглашает».

Больная Б. при звуках уличного шума говорит: «Снова слышу шум— не пойму что — может быть, поезд?» — и далее произносит тоном угрозы, как бы повторяя слова, которые ей сказали: «Я тебе дам поезд — так говорит кто-то (кто?)— я не знаю, кто так говорит». Далее слышны гудки проезжающих автомобилей (гудки машин). Больная произносит тоном человека, повторяющего чужую речь: «Нету... уехала, скрылась». Слышно пощелкивание, принимаемое обычно многими испытуемыми за стрельбу («щелчки»). Больная снова повторяет слова: «Раз... два... расстреляли дуру такую». Вслед за тем в звуке шепотной речи также слышит выстрел, в перекатывании шаров — также.

Больная П. в перелистывании бумаги также слышала слова: «идем, идем, идем». Больной Ф. в грохоте шаров услышал разговор, заявил, что «это вроде нерусский разговор». В следующем затем звуке шелеста бумаги услышал слово «бежать», повторил его волнуясь.

Приведенные примеры не дают еще оснований для объяснения механизмов наблюдавшихся вербальных галлюцинаций. Однако зависимость слов, которые больные слышали, от реальных звуков, воспроизводимых магнитофоном, выступала в этой серии экспериментов довольно отчетливо. Происходила трансформация звукового образа в словесный.

У больных, страдавших вербальным галлюцинозом, как при шизофрении, так и при алкогольных психозах, выявилось плохое качество слуховых восприятий. Это можно было установить по следующим признакам: большое количество звуков, в том числе самых явных и определенных, больные не опознавали; недостаточное или ошибочное узнавание звуков сопровождалось часто скудностью и однообразием гипотез. «Какое-то шорканье», «Шум какой-то», — заявляли больные относительно всех или

почти всех звуков подряд; плохое узнавание предметного источника звуков сопровождалось ошибочной локализацией их источника: больные слышали их из окна, сзади себя, сверху, указывали самые различные направления, откуда якобы доносились разные звуки. Некоторые ошибки в узнавании предметного источника звуков были связаны с ранее описанным нами явлением запаздывающего узнавания.

Это запаздывающее узнавание нельзя назвать эйдетизмом, так как между поданным объективно звуковым раздражителем и ошибочным его узнаванием вклиниваются два или три иных, иногда даже правильно распознаваемых звука. Однако это запаздывающее узнавание может рассматриваться как родственное эйдетизму явление.

Наряду с признаками сходства имели место также и различия.

У больных, перенесших различные психотические эпизоды алкогольного генеза, во время эксперимента наблюдалась ярко выраженная образность восприятий. В некоторых случаях слуховые восприятия сопровождались зрительными обманами; больные «видели» на стенке репродуктора сцены и видения, соответствующие по содержанию тому, что они слышали. При шизофрении этого не наблюдалось.

У многих больных шизофренией, возникшей на органически измененной почве, с синдромом вербального галлюциноза эксперимент вызывал заметное усиление вербальных галлюцинаций.

Так, например, у одной больной, по данным клинического наблюдения, можно было предполагать наличие отдельных отрывочных редких вербальных галлюцинаций (больная рассказала, что слышала слова «задавим, задавим»). Во время эксперимента, особенно к концу его, больная наряду с описанием предметных звуков «слышит» и воспроизводит много галлюцинаторных приказаний: «пойдем домой», «давай пол мыть», «пол мыть», «давай купать», «кукла» и т. д.

Некоторые больные воспроизводили слова и фразы, которые они ошибочно воспринимали, другие вступали в разговор с предполагаемым собеседником, отвечали ему либо просто реагировали на реплики неприятного содержания.

Так, одна больная с возмущением произносит: «Ну нет, спасибо, отказываемся!» Она же отвечает, обращаясь в сторону репродук-

тора: «На самой высокой планете», — и объясняет врачу: «Спросила, как везли вас». Иногда больные, прислушиваясь, отказывались повторять слова, объясняя, что они были неприличными.

Больная Е. услышала (среди очень плохо различавшихся ею звуков), как мужской голос сказал: «Держите ее целый час» и, повторив эти слова, обратилась к экспериментатору с вопросом, верно ли это.

Другая больная О., страдавшая вербальными галлюцинациями, но к периоду экспериментального исследования избавившаяся от них и относившаяся к ним в дни перед исследованием с критикой, вскоре после начала эксперимента заявила: «Точно так слышу, как голоса у меня были раньше» — и объяснила, что с ней разговаривают, как и прежде, «покойники и аборты». После окончания исследования, а также в последующие дни галлюцинаций не наблюдалось.

Таким образом, описанная экспериментальная методика позволяет установить разные формы искаженных ассоциаций между звуковыми раздражителями и возникающими у больных представлениями.

Особо следует отметить роль прислушивания к слабым раздражителям для провокации слуховых обманов. Только функциональной перегрузкой слухового анализатора можно объяснить такого рода наблюдения, как усиление слуховых обманов к концу опытов, а также возникновение слуховых иллюзий у лиц, ранее ими не страдавших.

Функциональная перегрузка слухового анализатора вызывает у многих больных легкое гипноидное состояние. Наступление таких гипноидных состояний сочетается с возбуждением чувствующих центров, что вполне соответствует представлениям В.Х. Кандинского о механизмах возникновения слуховых обманов.

Литература

Рубинштейн С.Я. О рефлекторной природе галлюцинации. Доклад на Всесоюзном совещании по психологии. Материалы совещания по психологии. Изд. АПН РСФСР, 1957.

Рубинштейн С.Я. Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

КОРРЕКТУРНАЯ ПРОБА

1. Методика выявляет колебания внимания больных по отношению к однообразным зрительным раздражителям в условиях длительной перегрузки зрительного анализатора. Заимствована из психологии труда (проба Бурдона), но нашла широкое применение в клинике. Применялась для выявления утомляемости, упражняемости, колебаний внимания и т. д.

2. Для проведения опыта необходимы бланки и секундомер. Существует много разных вариантов типографских бланков для корректурной пробы. Выбор варианта бланка небезразличен для получения однозначных результатов опыта. Поэтому лучше всего пользоваться вариантом, принятым в лаборатории Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР (см. образец бланка). Для проведения опыта необходимо, чтобы в лаборатории было хорошее освещение и тишина.

При проведении опыта следует учитывать состояние зрения больного; при недостаточном или некорригированном очками зрении результаты исследования нельзя сравнивать с данными исследования других больных.

Нецелесообразно также проводить эту пробу с малограмотными больными.

3. Больному дают два хорошо отточенных простых мягких карандаша (один запасной) и бланк. Его предупреждают, что предстоит проверка его внимания. Ему говорят:

«Вы должны просматривать эти буквы строчка за строчкой, слева направо и вычеркивать все буквы «К» и «Р». Вычеркивать нужно вот так (экспериментатор показывает, вычеркивая буквы на первой строчке вертикальной черточкой). Иногда я сам буду ставить на вашем листке черточки — это будет отметка времени, на это вы не должны обращать внимания. Старайтесь просматривать строчки и вычеркивать буквы как можно быстрее, но самое главное в этом задании — работать без ошибок, внимательно, ни одной буквы «К» или «Р» не пропустить и ни одной лишней не вычеркнуть. Понятно? Начнем со второй строчки».

Экспериментатор включает секундомер и дает больному сигнал начать. По прошествии каждой минуты (точно по секундо-

КОРРЕКТУРНАЯ ПРОБА

(образец бланка*)

Фамилия И.О.____________________________ Дата______________

жфсяабоцшомбкфтмнплкдесмвыэныдяобшнэлсрдрияояавнспашол
пендомшдцбыгоеналэкдизсбопжашмкорапсроаяизоеноенасмвыгцпш
кдтжбшряплкдевшдзцжваевшдзтжбшроенэгрхмдебнлсрачыдянзосб
госенввынжлэернфзусэлнвбоднфчошабвехбоембкденацлкдьоенаит
бшряюхэфоеномбктнхклрнлкнялшожтцушендсмвыоенюхэчфевшдш
акаылкжотбарботцргялофтжрчуьлыжитжбшроенцплоевыпбыоенак
ябхмвчтсшвсвылхйфхожщюрублвнтжбшроенаплкизчфсмсмжблкчф
хэюжвнжсмвыоенаплфкдомбкдтмнэнотжбшряоенюхэчфьйоебктмнк
охомбкфюпватжбряоенаплкдзжбвыжбшрнжблдржмодиязязоэззхиш
омбщэфенажлкнагтилкдоенжбшролкдняиятжшоенжркяоыкчомевш
дтннтжбшряоенахэчевкдбвлэншыкачргдфазияэбушведстжбшнаплш
оевшрцплкдзоенащостцюемнвнвблаыбшаоырйечугтжбшрнвблкчиз
акчгдфдтбшрнтбшощоенддубплжшаеоебшденаплкдияюхэчфенемвб
кшхплбтжбшряевлрмеоруюфзекнлозабсрвлэекроемвбшдтжвзевржы
ягуенаплкдзиязюбфлецоенаыыиязззьныопврылтгрнэодаяияжцсошят
жбшряонвэпошстжыопхаччазояитшсяшчехешяебошенаиязьйчцсщю
ыыбенжофяуклемакоемвшрцжвасмвыгутжбшряоевкхнажябнлсвпкл
дзоенияузнвшкпбвмбкфэчфйьсмвиоенизсцлкышнпедбжадчэобрмэз
ияуьющачшстнлэяиракотлкшомблкагрдизяцплгэгжбшоенаияжбкшх
хчашжлшсмвыгенлкизмкхлнмшкцплкаеэжыуйэгцговлртшкроомб
кдтжбшрнжбшрыанмесоомбкдплкдощдзлищбляплкянжерижксшнло
кндаеэнлвбжмпехотсцоюыжцдийфыблюшкачомбктжеязачжмпехето
тцооюшыкачгрдрабьдгемучфьяуронзакнцзозикацпжбшсрмявыомб
шдкпбвыалкеирлаофишжпбвлнэышычашрдгфаьязунтсцоюблндапе
кдхэмхомуницкнтепыкрдтжбшркнзепучэжйтбшжмпехвблннэшышц
яфзрмвысмвчнмсхкзеембшкдтмнжблшряоеонплкднвыглымекяоыкчо
мевшдтмнтжбшряоенахэчевкдбвлэншыкачргдфазиярвлюэроэножфс
хобюецйкежырмжстжмпепетсюоцощбвлэлвнгфямлчпшршмлдоллаос
тцюемжпхнблэашкчрдфиуязюхэоенаулчмзыворнфчостежплкдоенм
ыгомбклцвипклземвшчюэхцэпемвхэкойашфхднцюпклооемвблшпбва
пэлкдзжбштяроебряэеытусуердоцлншсжшилосгсжвотжемгрннчжфо
плждоргтявязюясвещкудфеьитжбшряоенлклдзиязиынкшычбшстлнш
млмкйеурысзямплкенажбшплкакюхэовшдюпбшгиязсмвхытжбнэжвз
юоемвшртжбшроеплкдзиуязьйтплкоесмбшныстжеуриалжвязфуьоан
чохзодвмлекюапвбмлсряизубелашсбжпбжбшрещокойутраселобищ
юстшыянкечсшмрмшжбшревншдлышодсмгуэюцлдоенчыбмлсрнзя
изуфньйеплксгнмплкдевшцплкдсбомаличдуьпконсмбкопблдносмвы
тжпблрнэлтрозиязиртобоэврофхэнйшевзткуевцлкоюенхэквлбекдыс
оенатжбряплкдзоевосмевоблэчяуьцслкмтжшрхэченажбшруззргдаф
ншвкеэшжеднйсжбшроенпбдомбшдцжватсвыоенхэчумебшрячомбхэ
акзивкуэфуюжбмряамбшроенашцплкдзюхэфоеначиззьитбсемдд

---

* Бланк должен быть увеличен до размера А4, соответственно увеличится и размер букв.

меру) экспериментатор ставит такой знак в том месте, где больной держит в это время карандаш, стараясь по возможности не мешать больному.

Общая длительность проведения опыта определяется в зависимости от задачи исследования — 10, 5 или 3 минуты.

Проверка правильности выполнения задания проводится по заранее изготовленному «ключу». «Ключ» представляет собой бланк, на котором все подлежащие вычеркиванию буквы обведены ярким цветным карандашом, а в конце каждой строчки проставлена цифра, обозначающая число таких букв в данной строке. «Ключ» должен быть тщательно проверен и по традиции даже подписан двумя психологами. С помощью такого «ключа» производится проверка правильности работы больного следующим образом: «ключ» и бланк кладут рядом и, передвигая линейку, сравнивают строчку за строчкой.

Поскольку результаты работы больного остаются на бланке, особого отдельного протокола опыта можно не вести.

Обработка экспериментальных данных проводилась разными исследователями по-разному. Наибольшую трудность при оценке результатов работы больного представляет сочетание показателей ее скорости и точности. За одну минуту больной (или вообще испытуемый) мог успеть просмотреть больше или меньше знаков — число просмотренных в минуту знаков и будет показателем скорости. За ту же минуту исследуемый мог допустить то или иное количество ошибок, — это число ошибок и будет показателем точности. Попытки с помощью разных формул (например, с помощью формулы Уиппла) сочетать показатели скорости и точности в одну величину в клинической практике малоэффективны. Гораздо более показательны простые графики, где совмещены две кривые: изменение скорости работы (по количеству знаков, просмотренных в единицу времени) и изменение точности (по количеству ошибок в те же интервалы). Построение таких графиков позволяет выявить утомляемость больных (снижение скорости и точности), врабатываемость (повышение скорости, точности), колебания того или иного показателя. Возникает также возможность сравнивания качества работы больного в разные дни и часы.

4. При рассмотрении результатов выполнения корректурной пробы также рассматриваются два показателя — скорость и точность.

Показатели скорости представляют интерес лишь в самых крайних отклонениях: чрезвычайно быстрый темп работы (сопровождающийся, конечно, неточностью) наблюдается при маниакальных и паралитических синдромах, а чрезвычайно медленный — при депрессии. Промежуточные же показатели скорости работы не всегда имеют клиническое значение, так как могут зависеть от индивидуальных особенностей больного, т. е. от его привычных личностных установок. Большее значение имеет показатель точности работы, хотя, как доказано Т.И. Тепеницыной, и этот показатель меняется в зависимости от отношения больного к исследованию; заинтересованный в хорошей оценке при прохождении экспертизы больной может почти вдвое улучшить свои показатели. Тем не менее показатель точности в основном все же отражает состояние общей психической работоспособности больного, степень устойчивости и утомляемости его внимания. Психически здоровые молодые люди при десятиминутной работе допускали от одной до 10—15 ошибок, а больные с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга за то же время допускали 40—60 ошибок. Следует обращать внимание на распределение ошибок по минутам. При общем снижении работоспособности число ошибок равномерное или нарастает к концу работы по мере утомления; при некоторых же функциональных расстройствах психической деятельности наблюдается, по данным Т.И. Тепеницыной, неравномерное распределение ошибок: на фоне безошибочной работы возникают небольшие периоды скопления ошибок и даже пропуски целых строк подряд.

Влияние упражняемости на выполнение корректурной пробы невелико. Ее можно сколько угодно раз применять повторно. Больше того, она настолько чувствительна и так тонко отражает изменения психического состояния больных (и даже здоровых), что ею неоднократно пользовались для оценки изменений состояния людей под влиянием фармакологических воздействий, терапии, трудовой нагрузки, настроения и т. д.

Литература очень обширна, приводим только основные источники.

Литература

Анфимов В.Я. Обозрение психиатрии. 1908. 11—12.

Васильев Ю.А. Журнал психологии, неврологии к психиатрии. IV. 1924.

Гутман Л.С. Экспериментально-психологические исследования маниакально-меланхолического психоза (состояние сосредоточения внимания, умственная работоспособность и ассоциации). Серия докторских диссертаций. СПб., 1909. 15.

Сагалова С.Р. Некоторые данные психологического исследования больных. В кн.: Артериосклероз головного мозга и трудоспособность. М., 1934.

Тепеницына Т.И. Вопросы психологии. 1959. 5.

ОТЫСКИВАНИЕ ЧИСЕЛ

1. Методика заимствована из психологии труда (так называемые таблицы Шульте), но имеет большое применение в области патологии. Может быть использована для исследования психического темпа, точнее для выявления скорости ориентировочно-поисковых движений взора, для исследования объема внимания (к зрительным раздражителям).

2. Для проведения опыта нужно иметь пять таблиц размером 50 х 50 см с написанными на них в беспорядке числами от 1 до 25. На каждой из пяти таблиц числа расположены по-разному. Кроме того, нужен секундомер и небольшая, примерно в 30 см, указка. Опыт можно проводить с больными, имеющими не меньше 4 классов образования (рис. 14).

3. Больному мельком показывают таблицу, сопровождая этот показ словами: «Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Далее таблицу прикрывают, т. е. кладут на стол числами книзу и продолжают инструкцию: «Вы должны будете вот этой указкой показывать и называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно скорее, но не ошибаться, понятно?» (Если больной не понял, ему объясняют снова, но не открывая таблицу.) Затем экспериментатор одновременно ставит таблицу прямо перед

лицом больного вертикально на расстоянии 70—75 см от него и, включая секундомер, говорит: «Начинайте!»

Пока больной показывает и называет числа, экспериментатор следит за правильностью его действий, а когда больной называет число «25», экспериментатор останавливает секундомер.

После первой таблицы без всяких дополнительных инструкций больному предлагают таким же образом отыскивать числа на 2-й, 3-й, 4-й и 5-й таблице (рис. 13).

Протокол опыта приобретает следующий вид:

Таблица	*Время в секундах*	*Примечания*
1		
2		
3		
4		
5		

В примечаниях должно быть отмечено, равномерно ли больной отыскивает числа или изредка подолгу не может найти какое-нибудь одно число.

4. При оценке результатов прежде всего становятся заметны различия в количестве времени, которые больной тратит на отыскивание чисел одной таблицы. Психически здоровые молодые люди тратят на таблицу от 30 до 50 секунд, чаще всего 40—42 секунды.

У больных с выраженными клиническими проявлениями атеросклероза головного мозга, по данным В.А. Васильевой, на одну таблицу уходит до 2—3 минут. Однако столь длительное время уходит у больных вовсе не потому, что они так медленно ищут. По данным В.А. Васильевой, больные склерозом отыскивают числа так же быстро, как и здоровые люди, но удлинение общего времени обусловлено отдельными «случайными» задержками. Так, например, больной называет и показывает ряд чисел со скоростью $1—1^1/_3$ секунды на число, а затем вдруг никак не может найти одно какое-либо число, смотрит как будто прямо на него и не видит и даже заявляет экспериментатору, что такого числа в таблице вообще нет.

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

9	5	11	23	20
14	25	17	19	13
3	21	7	16	1
18	12	6	24	4
88	15	10	2	22

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

Рис. 13. Таблицы для отыскивания чисел



Рис. 14. Эксперимент с отыскиванием чисел

Такие паузы, по мнению В.А. Васильевой, объясняются кратковременным состоянием охранительного торможения в корковых клетках зрительного анализатора больных (больные смотрят, но не видят числа). Экспериментатору такие паузы хорошо заметны. Их наличие дает ему основание делать вывод о неравномерности темпа психической деятельности, свойственной сосудистым больным. Равномерная замедленность темпа отыскивания чисел наблюдается при эпилепсии.

При заболеваниях, вызывающих нарушения моторики глазодвигательных нервов, также наблюдаются затруднения в отыскивании чисел и общее увеличение времени отыскивания чисел на одну таблицу. Заметное увеличение времени отыскивания чисел на последних (4-й и 5-й) таблицах свидетельствует об утомляемости больного, а ускорение — о медленном «врабатывании».

В норме на все таблицы уходит примерно одинаковое время.

Методикой можно пользоваться для повторных проб. При этом нет необходимости менять таблицы — можно пользовать-

ся теми же пятью таблицами в первый, второй и, если нужно, третий раз.

Литература

Васильева В.А. Нарушения темпа сенсомоторных реакций у больных, страдающих сосудистыми заболеваниями головного мозга. В кн.: Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга. Труды Государственного института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. Т. 22. М., 1960.

СЧЕТ ПО КРЕПЕЛИНУ

1. Предложенная Э. Крепелином методика была предназначена для исследования волевых усилий, упражняемости и утомляемости больных.

В настоящее время применение этой методики приобрело более широкий диапазон; ею пользуются для изучения психического темпа, колебаний внимания, переключаемости (с видоизменением инструкции) и для выявления отношения к экспериментальному заданию.

2. Для проведения опыта нужны бланки, на которых длинными рядами напечатаны пары цифр, подлежащих сложению (см. образец бланка). Существует много типографских изданий этих бланков разного формата и расположения. Желательно выбирать бланки, на которых цифры были бы отпечатаны крупным шрифтом. Необходимы также секундомер и запасные мягкие карандаши для больных. Так же как и бланки корректурной пробы, бланки «счета по Крепелину» проверяются по «ключу» (см. описание методики «Корректурная проба»).

3. Обычный вариант опыта проводится так: больному предлагают складывать числа, напечатанные одно под другим, и записывать результат, отбрасывая десяток. Так, например, если в ряду встречается 12, то больной должен подписать снизу только 2, а не всю сумму 12 (единицу, обозначающую десяток, нужно отбросить). Однако такое требование затрудняет многих больных, поэтому следовать ему не обязательно. Можно предложить больному записывать сумму полностью. Затем больного предупреждают о том, что он должен решать примеры в строчке до тех

пор, пока экспериментатор не скажет «стоп». (Экспериментатор дает такой сигнал через 15 секунд после начала.) После этого он должен начать следующую строчку. Больному объясняют также, что он должен стараться работать побыстрее, но самое главное — складывать точно, не допуская ошибок.

В зависимости от состояния больного и от задачи исследования можно ограничиться одним бланком, т. е. предложить ему 8 строк сложения по 15 секунд на каждую; можно это количество уменьшить либо увеличить. Отдельный протокол вести не обязательно.



Рис. 15. Заштрихованные столбики — ошибки

4. Такое построение эксперимента позволяет выявить, темп работы больного, его внимание, а также наличие утомляемости. Отмечая, сколько сложений выполнил больной за каждые 15 секунд правильно и сколько допустил ошибок, можно построить график его работоспособности. Обычно это делается очень просто, путем проведения черты на самом бланке, но можно построить специальный график. Так, например, больной Л. за первые 15 секунд выполнил 16 сложений без одной ошибки, во вторые 15 секунд — 15 сложений и одно из них ошибочное, далее 16, 12, 12, 11 сложений и одно из них ошибочное, затем 10 и 8 сложений. Его график будет иметь следующий вид (рис. 15) и свидетельствовать о некоторой истощае-

СЧЕТ ПО КРЕПЕЛИНУ

(образец бланка)

Фамилия И.О. ______________________ Дата ____________________

+	3	4	3	4	4	6	6	2	4	4	7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7
	2	5	9	7	8	3	2	4	7	6	5	3	4	4	7	9	7	3	8	9	2
+	3	8	5	9	3	8	4	2	6	7	9	3	7	4	7	4	3	9	7	2	9
	9	5	4	7	5	4	8	9	8	4	8	4	7	2	9	3	6	8	9	4	9
+	9	5	4	5	2	6	7	3	7	6	3	2	8	6	5	9	4	7	4	7	9
	2	9	8	7	2	4	8	4	4	5	4	4	9	7	2	5	9	2	2	6	7
+	9	2	3	6	3	4	7	8	9	3	9	4	8	9	2	4	2	7	5	7	8
	7	4	7	5	4	8	6	9	7	9	2	3	4	9	7	6	4	8	3	4	9
+	8	6	3	7	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6
	9	8	9	3	4	4	5	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	7	3
+	5	8	5	7	4	7	2	6	9	3	4	7	4	2	9	8	4	3	7	5	8
	3	4	6	5	7	4	3	5	5	4	2	9	6	2	4	2	9	2	7	2	5
+	5	2	3	9	3	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3
	3	4	9	2	4	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4
+	4	9	6	3	4	9	4	8	6	5	7	4	9	3	2	4	7	4	9	8	3
	8	4	7	8	9	3	9	3	7	6	5	2	4	4	3	4	8	7	3	9	2

СЧЕТ ПО КРЕПЕЛИНУ

(образец бланка)

Фамилия И.О. ________________________ Дата ______________________

+	3	4	3	4	4	6	6	2	4	4	7	3	8	4	8	9	6	7	o	9	8	7	4
	2	5	9	7	8	3	2	4	7	6	5	3	4	4	4	7	9	7	3	8	9	2-	4
-	9	13	5	16	5	6	12	8	11	9	4	14	4	16	4	9	9	16	4	9	11	8	11
	3	5	4	7	3	2	8	4	2	8	3	7	2	9	3	3	6	7	2	9	4	6	4
+	9	5	4	5	2	9	6	7	3	7	6	3	2	9	6	5	9	4	7	4	7	9	3
	2	9	8	7	2	9	4	8	4	4	5	4	4	8	7	2	5	9	2	2	6	7	4
-	9	6	11	4	9	12	7	17	9	12	9	7	12	9	7	10	6	15	5	7	17	6	7
	7	2	5	3	4	8	3	9	7	3	2	3	4	9	2	6	4	8	3	4	9	4	3
+	8	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2
	9	8	9	3	4	8	4	5	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	3	4
-	8	8	11	7	11	9	7	5	6	14	8	6	9	10	2	9	8	13	5	7	7	13	11
	3	4	6	5	7	3	4	3	2	5	4	3	5	6	2	4	2	9	2	7	2	5	8
+	5	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
	3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
-	8	9	13	8	9	13	9	13	8	7	11	7	4	9	7	3	4	15	11	9	17	3	12
	4	4	7	3	4	4	3	9	3	2	5	5	2	4	3	2	4	8	7	3	9	2	4

мости больного, падении его работоспособности при небольшой нагрузке.

Недавно Н.И. Курочкиным разработан видоизмененный бланк счетного задания, предусматривающий смену операции сложения и вычитания. Одну строчку больной складывает, в следующей за ней производит вычитание, а затем вновь сложение. Эта методика после тщательной апробации будет, видимо, очень интересна для выявления инертности и переключаемости внимания.

Образец этого второго бланка приведен на стр. 61 книги.

Литература

Крепелин. Э. Гигиена труда. Умственный труд. Переутомление. СПб., 1917.

ОТСЧИТЫВАНИЕ

1. Этот экспериментальный прием давно используется в психиатрической клинике для выявления сохранности навыка счета, устойчивости внимания, а также степени затрудненности интеллектуальных процессов больных.

2. Для проведения опыта желательно иметь секундомер.

3. В зависимости от образования и психического состояния больного экспериментатор предлагает ему одно из следующих заданий: отнимать от 200 по 17, или от 200 по 13, или от 100 по 7, или от 30 по 3 и т. д. Больному предлагают, например, отнимать от 100 по 7, называя каждый раз только остатки, т. е. не повторяя «отнять семь». Больной должен таким образом назвать 93, 86, 79 и т. д. Экспериментатор записывает все называемые больным числа и попутные высказывания, включая нарушения инструкции, т. е. включая те случаи, когда больной «рассуждает вслух», произносит: «93 отнять 7 останется 86» и т. д. В случае, если больной медлит, молчит, экспериментатор продолжает ритмично ставить точки. Таким образом, протокол опыта может принять следующий вид:

100 — 7=93 ... 86 ... 79 ... 72 ... 67 ... 60 ... 60 ... 53 и т. д.

4. Истолкование результатов этого исследования может быть правильным лишь тогда, когда задание по трудности соответствует образовательному уровню больного (это очень важно).

В таком случае анализ ошибок больных выявляет следующее:

1) затруднения и большое замедление темпа при отсчитывании с переходом через десяток (например, 93... 86 при отнимании 7) при общей равномерности отсчета свидетельствуют о затрудненности умственной деятельности;

2) замедление темпа к концу отсчета — показатель утомляемости больного;

3) ошибки с пропуском десятков (например, 86 ... 69 или 62 ... 45 при отнимании по 7) свидетельствуют об ослаблении внимания;

4) очень характерно отношение больного к допущенным ошибкам. Обычно, если задача хоть сколько-нибудь трудна для больного, он, производя отсчет, все время спрашивает у экспериментатора, правильно ли называемое им число; некоторые больные не спрашивают, но выжидательно наблюдают за выражением лица экспериментатора, стараясь таким образом уловить, не допустили ли они ошибку. Стоит лишь экспериментатору поморщиться или переспросить у больного, сколько он назвал, как больной тут же спохватывается и исправляет свою ошибку.

Совсем иное отношение к своим ответам наблюдается у больных со снижением критики. Такие больные отсчитывают иногда от 100 по 7 следующим образом: 100, 93, 86, 76, 66, 56 ..., и, если даже экспериментатор переспрашивает в это время больного: «По скольку вы отнимаете?» — больной может невозмутимо ответить: «По 7» и продолжать дальше: 56... 46... 36 и т. д.;

5) иногда ошибки больных свидетельствуют о грубых колебаниях внимания, граничащих с обнубиляциями сознания. Так, например, больной отсчитывает от 30 по 3 следующим образом: 27, 24, 11, 14, 17, 21, 18, 15, 12, 9.

Если больной неправильно произвел подсчет, можно предложить ему повторно выполнить то же задание.

Меняя исходные числа для отсчета, можно пользоваться этой методикой для многократных повторных проб (при необходимости оценки изменений состояния больных). В таких случаях целесообразно учитывать с помощью секундомера суммарное время, которое тратит больной на отсчитывание.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАВЫКОВ

1. Методика представляет собой серию отдельных проб, направленных на выявление сохранности привычных умений и навыков у психически больных позднего возраста. Эта методика отличается от методик исследования праксиса, принятых в неврологической клинике и описанных А.Р. Лурия, хотя и имеет некоторые черты сходства. Исследованию подвергаются именно навыки, которыми больной раньше владел.

2. Для проведения опытов следует запастись набором разных очков (чтобы быстро подобрать больному нужные), текстами рассказов, написанными крупным шрифтом на картоне, большими мягкими карандашами и набором разных предметов. Такими предметами могут быть: детский ботинок со шнурками, скрепленные в одном месте три ленты или веревки, стакан, бутылка и лейка, конверт, ножницы, линейка, ключ с замком, коробка с кубиками (можно Кооса), коробка с бусами и пуговицами и др.

Различные пробы можно предлагать больным только в том случае, если есть уверенность, что больной хорошо владел соответствующим навыком раньше. Так, например, проверка навыков письма и чтения правомерна лишь в том случае, если больной имеет не меньше 4—5 классов образования, а проверка навыка заплетания косички уместна при исследовании женщин, но сомнительна в отношении мужчин. Остальные пробы можно предлагать всем больным с учетом психического состояния. Следует указать, что пробы, направленные на проверку навыков, очень удобны для исследования психически больных старческого возраста, и нередко эти пробы оказываются почти единственно доступными для них. Это объясняется тем, что многие больные старческого возраста не слушают инструкции, не обращают внимания на слова экспериментатора, заняты какими-то своими стереотипными действиями, суетятся, бормочут. В таких случаях поставленный перед глазами текст сам по себе, без инструкции, стимулирует чтение, данный в руки карандаш — письмо, а вложенный в руку башмак толкает к его зашнуровыванию.

3. Четкой экспериментальной инструкции для проведения отдельных проб нет, да она и не требуется.

Если больной слушает и выполняет задания, его просят написать под диктовку фразу, например: «Сегодня хорошая погода», а затем подписаться, написать свой адрес. Иногда это не удается, а удается уговорить больного переписать какой-либо текст. Так же обстоит дело с чтением. Иногда больной читать не хочет, но если экспериментатор подставляет ему тексты или отдельные слова, буквально держит их перед глазами, то в последующей речевой продукции больного можно уловить отдельные слова или даже смысл прочитанного текста. В одних случаях можно попросить больного зашнуровать ботинок, в других экспериментатор вкладывает ботинок в руки больного и начинает сам шнуровать, а больной продолжает. Любую пробу следует объяснять словами, жестами, показом, иногда экспериментатор должен сам начать работу — важно добиться, чтобы больной что-то стал делать. Форма протоколирования — свободная запись и сохранение образцов сделанного.

4. Оценка проведенных проб основана на анализе допускаемых больными ошибок и искажений привычных действий. При сосудистых заболеваниях головного мозга без очаговой симптоматики наблюдаются различные дискоординации движений и случайные «парапраксии», связанные с нарушениями внимания. Искажается почерк больного, в письме он делает ошибки из-за пропуска букв и повторения слогов и букв (персеверации). Такие же ошибки «парапраксии» наблюдаются при выполнении нескольких практических действий подряд. Больные заменяют один из элементов действия другим. Иногда они производят действие не с тем объектом, с которым это следовало сделать, а с другим, например, разрезают не ту бумажку, которую им дали, а другую, которую резать не следовало. Иногда операция «б» ошибочно выполняется раньше, чем операция «а», хотя привычно она должна была следовать после «а». Так, например, шнурки начинают завязывать бантиком, когда еще не закончена шнуровка, и оба шнурка оказываются на одной стороне ботинка. Парапраксии обусловлены часто «застреванием» намерений. Если больному раньше было предложено разрезать бумагу, а следующее задание — разлиновать лист бумаги с помощью линейки, то больной и следующую бумагу разрезает или разры-

вает на части. Характерна для больных с сосудистой патологией неравномерность результатов действий и обилие компенсаторных образований. Одно и то же действие они выполняют в один день успешно, а в другой — ошибочно, по-разному выполняют равнотрудные действия. Огорчаются, замечая свои ошибки, и, стараясь выполнить задание лучше, произвольно замедляют темп, диктуют себе сами вслух, что нужно сделать, пытаются как-то рационализировать, облегчить действие. Вовсе не всегда эти компенсаторные тенденции больных приводят к положительному результату, иногда они даже ухудшают результат.

Иной тип нарушений навыков наблюдается при атрофическом заболевании мозга — болезни Альцгеймера. Как указывал С.Г. Жислин, распад навыков при болезни Альцгеймера связан с утерей памяти. Действительно, у больных как бы смываются ранее образованные условные связи и их системы — динамические стереотипы.

Одним из наиболее ранних и убедительных признаков этого заболевания является утеря навыка письма (рис. 16). Так, больная еще читает, еще не выражены расстройства речи, она еще может чертить карандашом по бумаге, но не помнит, не знает, как написать слово, как подписать свою фамилию. Чуть позднее (спустя несколько месяцев) она не умеет заплести косичку, вытереть тряпкой стол и т. п. Навыки теряются поочередно, но катастрофически наглухо, неравномерности достижений почти не наблюдается, компенсаторных механизмов также заметить не удается.

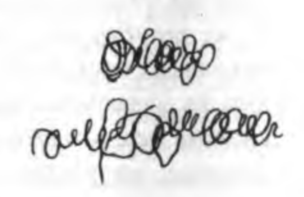


Рис. 16. Образец письма при болезни Альцгеймера

Совершенно контрастная картина распада навыков наблюдается при атрофическом поражении подкорковых отделов мозга — хорее Гентингтона. Даже на далеко зашедших этапах заболевания, когда гиперкинезы столь резко выражены, что профессиональный труд и бытовое самообслуживание кажутся немыслимыми, у больных наблюдается относитель-

ная сохранность навыков. Эти больные с огромным трудом приспосабливаются к каждому новому заданию или даже к новым условиям его выполнения. Но затем, адаптировавшись, умудряются выполнить почти невозможное.

Помимо указанных признаков разного течения распада навыков, имеющих прямое диагностическое значение, пробы, направленные на повторение привычных действий, могут быть истолкованы и в ином плане. Они позволяют судить о критичности больных к своим достижениям, о том, быстро ли они понимают инструкции, активны ли и т. д. Иначе говоря, эти простые приемы дают иногда возможность анализа не только практической, но и интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы больных, что недоступно для исследования иными, более «строгими» экспериментальными методиками.

Литература

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М., 1962.

Родионова С.А. Методика исследования распада навыков у психически больных. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Рубинштейн С.Я. Исследование распада навыков у психически больных позднего возраста. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

ДОСКИ СЕГЕНА

1. Методика направлена на исследование доступности очень простых целенаправленных действий. Предложена одним из основоположников олигофренопедагогики Э. Сегеном.

2. Для исследования используются разные варианты досок, среди которых есть совсем простые и более сложные (рис. 17). Простые представляют собой фанерные или выполненные из органического стекла доски с выемками разной формы и вкладками, которые точно соответствуют этим выемкам. Более сложные варианты отличаются тем, что выемки в доске могут быть заполнены лишь комбинацией нескольких вкладок. Самая простая доска пригодна при исследовании слабоумных больных старческого возраста и умственно отсталых детей.

3. Задание может быть предложено даже без словесной инструкции или с очень простыми, не фиксированными словесными объяснениями. Экспериментатор показывает больному доски с правильно вложенными вкладками, а затем на его глазах опрокидывает доску так, что вкладки падают на стол. В некоторых случаях, для того чтобы больной начал действовать — вкладывать вкладки и выемки, экспериментатор должен начать работу сам, т. е. вставить в нужные места 2—3 вкладки. После этого, как правило, даже слабоумные больные пытаются продолжать эту работу.

4. Истолкование этого очень простого опыта возможно в самых различных направлениях. Во-первых, иногда оказывается важным установить, что простую работу, не требующую усвоения инструкции, больной выполняет охотно, старательно, испытывая видимое удовольствие от удачи. Это удовольствие проявляется у некоторых больных так явно, они так рады, что получили задание по силам, что по собственной инициативе

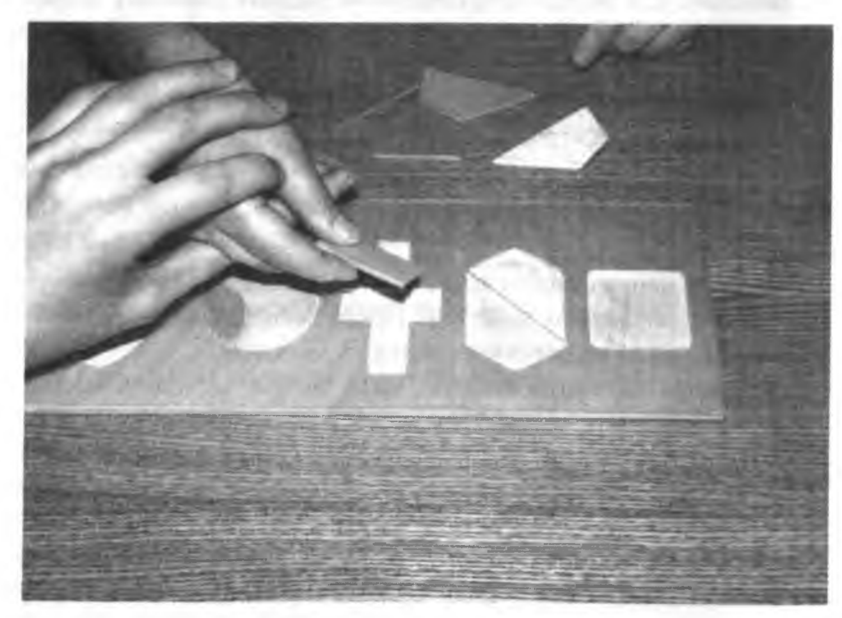


Рис. 17. Один из моментов работы с доской Сегена: экспериментатор помогает больному справиться с заданием

вновь и вновь выбрасывают и вкладывают вкладки. Это не характерно для личностного слабоумия.

Некоторым показателем глубины интеллектуальной недостаточности служит способ работы. Так, например, более сохранные больные, отыскав взором нужную выемку, сразу подносят к ней вкладку и вкладывают ее. Более слабоумные берут вкладку и пытаются поочередно втиснуть ее то в одно, то в другое отверстие (так называемым методом проб и ошибок).

Обнаруживается плохая дифференциация форм. Так, например, овальную форму больные пытаются втиснуть в круглую выемку, вкладку в виде звезды — в крестообразную выемку (наблюдается при сосудистой деменции, при имбецильности).

Интересными могут быть наблюдения за особенностями моторики больных.

МЕТОДИКА КООСА

1. Обычное применение методики Кооса направлено для выявления конструктивного праксиса, пространственной ориентировки, сообразительности, внимания.

2. Для проведения опыта нужно иметь 16 одинаково раскрашенных небольших кубиков и 18 карточек с изображением образцов разнообразных по форме и цвету фигур-орнаментов, которые могут быть составлены из кубиков (рис. 18).

3. Инструкция очень проста. Больному показывают первую или иную из карточек и предлагают сложить из кубиков такую же фигурку. Складывать нужно на столе, не накладывая кубики на образец, а рядом с ним.

Если задание оказывается для больного трудным, то экспериментатор накладывает на образец сетку из слюды, и тогда, становится гораздо понятнее, как складывать фигуру.

В зависимости от цели исследования можно различными способами применять эту методику, а следовательно, по-разному вести протокол опыта.

Если она применяется для исследования сообразительности и внимания, можно последовательно предлагать задачи-образцы в порядке возрастающей трудности и протоколировать только время выполнения каждой задачи. Если возникают сомнения в сохран-

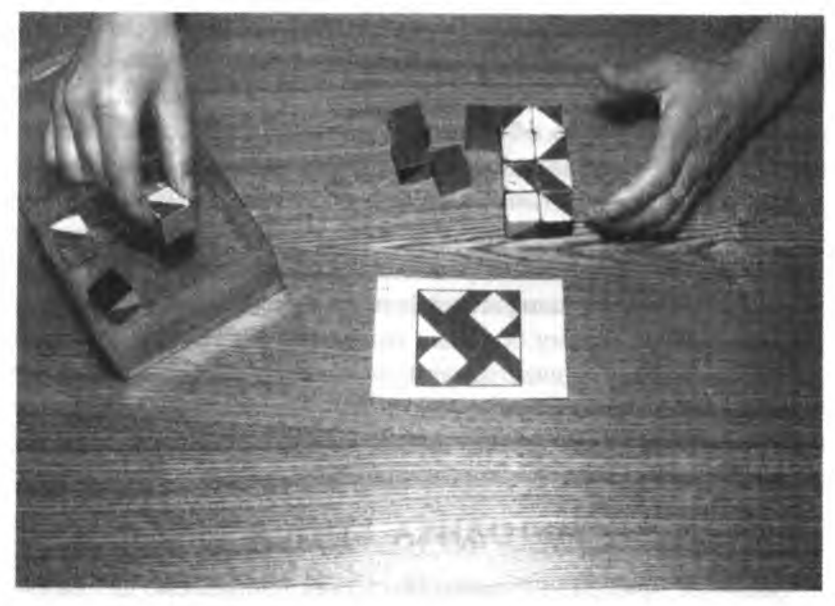


Рис. 18. Складывание кубиков Кооса (рабочий момент)

ности пространственной ориентировки, экспериментатору приходится зарисовывать расположение кубиков. Методику Кооса некоторые патопсихологи используют как материал для исследования «уровня притязаний».

Возможны еще и иные разнообразные способы использования этой методики — для выявления локализации поражений мозга, для обнаружения особенностей эмоциональной сферы (в экспериментах с прерванным действием).

4. Истолкование результатов такого эксперимента может быть разнообразным. Выявляются, прежде всего, элементарная сообразительность больного, его умение построить, скомбинировать фигуру по заданному образцу.

При построении нескольких фигур, особенно более сложных, выявляется также степень внимания больного, поскольку построение сложных фигур требует устойчивости внимания.

Попутно при исследовании данной методикой обнаруживаются тонкие нарушения пространственной ориентировки. И наконец, данная методика позволяет выявить работоспособность

больного, его отношение к заданию, его заинтересованность в достижении правильных решений.

Первые номера таблиц Кооса очень легки. Поэтому наблюдения за тем, как взрослый интеллектуально сохранный больной складывает эти номера фигур, отчетливо выявляют его отношение к работе, вскрывают в ряде случаев такое отношение, которое именуется установочным поведением, или аггравацией.

Иначе обстоит дело при исследовании маленьких детей-олигофренов, которым может быть недоступна сама задача построения фигуры по образцу. Для исследования таких детей методика Кооса была преобразована А.Я. Ивановой в обучающий эксперимент (см. главу 7). Были взяты лишь четвертая и третья фигура и разработаны виды помощи, которые экспериментатор оказывает ребенку, обучая его складыванию фигур. Больному предлагают сложить фигуру 1 по образцу и дают кубики. Если это не удается, объясняют, как раскрашены кубики, и на глазах у ребенка складывают 1 по образцу. Это еще не обучение, это делается для ориентировки в задании. Обучение начинается с фигуры 3. Если задание не выполняется, больному дают «уроки» (т. е. регламентированную экспериментом помощь) в следующем порядке. Урок 1 — экспериментатор поворачивает кубики нужной стороной кверху. Предлагает выполнить задание и регистрирует действия больного. Если этот урок не помогает выполнить задание, дается урок 2 — экспериментатор сам складывает фигурки на глазах у больного и, разрушив сделанное, предлагает ему самому выполнить задание.

Урок 3 представляет собой подробное словесное объяснение того, как нужно складывать фигуры («два носика друг к другу повернуты»), сопровождаемое показом и применением сетки из слюды. Если задание выполнено, предлагается контрольное задание (выявляющее возможность «переноса способа действия»), т. е. больному предлагают сложить фигуру 4.

Литература

Лурия А.Р. и Цветкова Л.С. Вопросы психологии. 1965. 2.

Kohs S.C. Intelligence measurment: a psychological and statistical study based upon the block-design tests. New York, 1923.

КУБ ЛИНКА

1. Методика эта заимствована из области психологии труда и применяется в клинике для исследования самых разнообразных нарушений психики: сообразительности, устойчивости внимания, эмоциональных реакций.

2. Необходимое для этого опыта пособие представляет собой куб, состоящий из 27 маленьких деревянных кубиков размером 3 х 3 см. Стороны маленьких кубиков окрашены в три разных цвета (красный, зеленый, желтый) таким образом, что из них можно сложить большой куб, так, чтобы все наружные его грани оказались одного цвета.

3. Больному показывают собранный куб одного цвета, например красного, и заставляют его убедиться в том, что куб со всех сторон и с донышка также красный (рис. 19). «Теперь, — говорит экспериментатор, — я его развалю (разваливает), а вы должны будете снова собрать его так, чтобы он был со всех сторон и снизу красный. У маленьких кубиков бывают три стороны красные (показывают), только одна (показ) и даже ни одной красной (показывать не обязательно). Сложить правильно куб вы сможете только в том случае, если внутрь, т. е. туда, где кубики соприкасаются друг с другом, не положите ничего красного. Если положите красное внутрь, вам не хватит на наружные стороны. Понятно?»

Если больной задает вопросы, не сразу понимает инструкцию, ему дают дополнительные разъяснения. В отдельных случаях, если больному очень трудно начать работу, экспериментатор помогает ему, начинает сам складывать, объясняя, почему он кладет тот или иной куб на то или иное место. Некоторым больным приходится помогать до самого конца работы. Разумеется, это обстоятельство записывают в протокол.

4. В протокол записывается время, потребовавшееся больному, чтобы закончить складывание куба, а также все способы и особенности его работы. К их числу относятся следующие.

1) Насколько быстро больной усвоил способ раскладки, т. е. понял, что кубики с тремя красными сторонами нужно ставить на углы, без единой красной стороны — в самую середину и т. д. Быстрое понимание проявляется в том, что больной догадыва-



Рис. 19. Куб Линка (один из этапов инструкции)

ется об этом сразу либо после 3—4 взятых в руки и осмотренных кубиков. Можно считать, что больной медленно, туго соображает, если он не улавливает принципа построения куба после того, как экспериментатор показывает ему, как уложить одно ребро (т. е. три кубика рядом). Совсем не могут понять принцип построения куба Линка олигофрены на грани имбецильности и слабоумные больные с органическими заболеваниями. В очень редких случаях бывает, что непонимание конструкции куба и неумение сложить его обусловлены не общим слабоумием, а локальным поражением левой теменной доли мозга, вызывающим нарушение пространственных представлений.

2) Второе наблюдение экспериментатора относится к устойчивости внимания больного. Очень часто бывает так, что больной правильно ставит кубик на соответствующее ему место, но по невниманию неправильно его поворачивает; в результате оказывается, что возникла нечаянная ошибка, которую трудно потом найти и исправить. Другой ошибкой внимания является использование кубика с лишней стороной: например, для этого

места нужен кубик с одной красной стороной, а больной не замечает, что ставит кубик с двумя. Таким образом он запрятывает внутрь красную сторону и после должен искать ее. Подобные ошибки, обусловленные рассеянностью и неустойчивостью внимания, свидетельствуют об органической слабости. Иногда такие ошибки возникают с самого начала, и больной почти не в состоянии довести самостоятельную работу до конца, а иногда ошибки возникают к концу работы по мере утомления больного. Утомляемость, нарастание ошибок к концу работы наблюдаются при всякой астении, не специфичны для какого-либо определенного заболевания.

3) Значительный интерес представляют наблюдения за способом работы больного. Различают два основных способа складывания. Первый, менее успешный, заключается в том, что, желая заполнить какое-либо очередное место, больной ищет нужный для этого места кубик, перебирая все остальные. Второй, более совершенный, способ заключается в том, что, беря наудачу любой очередной кубик, больной находит для него соответствующее место. В норме обычно с «первого этажа» начинают пользоваться вторым способом. Если больной этого не делает, экспериментатор подсказывает ему возможность пользоваться вторым способом, подкладывает ему таким способом 2—3 кубика; если это не помогает и больной до конца продолжает работать первым способом, это следует расценить как проявление сужения объема внимания и инертности психических процессов.

4) Очень выразительными являются эмоциональные, точнее, личностные реакции больных в процессе складывания куба Линка. Их можно не только наблюдать, но и провоцировать дополнительными экспериментальными приемами.

Складывание куба Линка является увлекательной задачей не только для детей (для них особенно!), но и для каждого нормального взрослого человека. Едва начав эту работу, человек испытывает обычно азартное желание самостоятельно и как можно быстрее ее закончить. Если экспериментатор начинает помогать или подсказывать, то от психически полноценного человека он обычно слышит: «Пожалуйста, не нужно, я постараюсь самостоятельно сложить...» Это нормальная реакция.

У некоторых больных такой естественный задор достигает чрезмерной, неадекватной степени: заметив к концу работы, что у них «не выходит», они раздражаются и нетерпеливо разрушают все сделанное, сердятся, иногда дискредитируют задание, а иногда длительно переправляют и переделывают начатое, никак не разрешая себя прервать и бурно протестуя против всякой помощи, болезненно переживая свои неудачи. Если в процессе наблюдения экспериментатор со специальным намерением выражает свое нетерпение затянувшейся работой или, напротив, показывает (независимо от объективных данных), что она выполнена быстро и хорошо, поведение больного в зависимости от этих оценок резко меняется.

Такая обостренная самолюбивая реакция на успех, неудачи и оценки экспериментатора наблюдается часто у психопатов.

Напротив, полная безучастность к результату выполнения этого задания свидетельствует иногда об эмоциональной опустошенности либо загруженности. Чтобы проверить наблюдение такого рода, экспериментатор небрежным тоном предлагает больному, успешно складывающему куб и близкому к окончанию задания, бросить его незавершенным. Охотное согласие больного (если только оно не вызвано послушанием) должно вызвать, по крайней мере, сомнение в сохранности его эмоциональной сферы. Так могут реагировать дети-шизофреники. Следует, однако, учесть, что у некоторых взрослых больных (особенно у непонимающих условности) куб Линка из-за своего игрушечного вида вызывает с самого начала скептическое отношение. Если экспериментатор не сумел преодолеть его, не следует, конечно, судить об эмоциональных реакциях больного по работе, к которой он несерьезно относится.

При проведении однократной просьбы с кубом Линка все внимание уделяется качественным особенностям работы больных. Однако этой методикой можно пользоваться и для учета эффективности терапии и вообще для оценки изменений в состоянии больного.

При исследовании больных с такой целью куб Линка можно использовать многократно. При этом приобретают актуальность количественные показатели: время (от начала до конца склады-

вания) и количество ошибок. При повторных пробах наблюдается, конечно, некоторая упражняемость. Наибольший сдвиг наблюдается при этом от первого ко второму складыванию, а между вторым и пятым или десятым отличие не столь велико. Поэтому при желании проводить с помощью куба Липка повторные пробы следует в первый раз проделать две пробы, а затем после терапии — третью, четвертую и т. д.

Литература

Гаджиев С.Г. К анализу нарушения интеллектуальной деятельности при поражении лобных отделов головного мозга. Канд. дисс. Институт психологии. М., 1947.

Костомарова Н.М. Качественная характеристика деградации интеллектуальной деятельности у больных с диффузными изменениями центральной нервной системы в результате травмы головы. В сб.: Травматические повреждения центральной нервной системы. Медгиз, 1940.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЛЕНИЯ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТОВ

1. Метод предметной классификации является одним из основных, используемых почти при каждом психологическом исследовании больного. Метод применяется для исследования процессов обобщения и абстрагирования, но дает также возможность анализа последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий больных, особенностей памяти, объема и устойчивости их внимания, личностных реакций больных на свои достижения и неудачи. Предложен К. Гольдштейном, видоизменен Л.С. Выготским и Б.В. Зейгарник.

2. Для проведения опыта необходимо иметь колоду из 68 карточек (см. приложение), на которых изображены разнообразные предметы и живые существа. В психологических лабораториях всех психоневрологических учреждений (институтов, больниц, учебных заведений) пашей страны принята единая предметная классификация, разработанная в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. Подбор предметов, особенности художественного оформления каждой карточки (подбор красок, штриховка, форма предмета, даже бумага, на которой она выполнена) — все это имеет определенное, существенное для эксперимента значение. Поэтому пользоваться самостоятельно кустарно изготовленными карточками или наборами картинок из лото не рекомендуется. При таком кустарном подборе карто-

чек часто возникают артефакты. Кроме того, данные, полученные с помощью этой методики, очень важны. При публикациях различных исследований возможность сопоставления экспериментальных данных, полученных разными авторами, будет обеспечена лишь в том случае, если они будут пользоваться одинаковыми методическими пособиями.

Метод классификации применим для исследования детей и взрослых любого образовательного уровня. Однако при исследовании детей дошкольного возраста и малограмотных взрослых часть карточек следует исключить (измерительные приборы, учебные пособия).

3. В некоторых случаях до начала работы нужно дать больному какую-либо мотивировку задания, характеристику его смысла. Это делается по-разному в зависимости от психического состояния и настроенности больного. Так, например, больному 50 лет, со средним образованием, страдающему склерозом сосудов головного мозга, можно сказать: «Эта работа по проверке внимания, с виду она легкая — детская игра, а на самом деле она предназначена для проверки внимания людей с высшим образованием». При исследовании подростка 7-го класса можно сказать, что «это для десятиклассников». При исследовании ипохондричного или аггравирующего при экспертизе больного, жалующегося на утомляемость и забывчивость, можно сказать: «Читать вам было бы трудно — сделаем эту легкую работу. Тут рисунки, крупные, ясные, и работа легкая, нужно лишь делать ее внимательно».

В большинстве же случаев такие «предисловия» не нужны. Перед началом опыта экспериментатор тщательно перетасовывает всю колоду карточек и сверху выкладывает 6—7 карточек, облегчающих начало классификации (например, овца, стол, груша, коза, шкаф, лошадь, яблоко). Затем он подает всю колоду больному (кверху рисунками, а не тыльной стороной, как держат игральные карты) и говорит: «Разложите эти карточки на столе — что к чему подходит».

* Поскольку инструкция должна быть всегда одинакова, нет надобности записывать ее в протокол, но обязательно отмечать ее этапы (I, II, III).

Это I, так называемый «глухой» этап инструкции (всего инструкция дается в три приема, на трех разных этапах выполнения задания)*.

Если больной задает вопросы о том, как надо раскладывать, ему отвечают на этом первом этапе уклончиво: «Начните работать — сами увидите, как надо». Но записать эти вопросы в протокол необходимо. Вообще с самого начала экспериментатор записывает действия и высказывания больного в протокол. На первом этапе важно записать, как больной пытался ориентироваться в новом задании, сам ли он понял задачу. Начал ли он сразу объединять предметы по «сортам», либо стал класть рядом то, что в жизни часто бывает рядом (например, одежду в шкаф, морковь в кастрюлю, стакан на стол и т. д.), либо просто в недоумении выкладывает все карточки по одной.

После того как больной выкладывает на стол 15—20 карточек, дается вторая инструкция и начинается II этап работы. Он начинается с положительной оценки или критических замечаний по поводу того, что больной уже сделал. Экспериментатор говорит: «Правильно, вот вы положили вместе мебель, так и надо объединять все по сортам: так, чтобы в каждой группе лежали предметы одного сорта, чтобы их можно было назвать одним названием» — или, если больной кладет карточки ошибочно: «Нет, это не имеет значения, что одежда висит в шкафу, класть надо вместе предметы одного сорта так, чтобы их можно было назвать одним названием: мебель нужно положить с мебелью, одежду с одеждой».

Второй этап самый продолжительный. Экспериментатор записывает в протокол действия больного и время от времени спрашивает его, почему он положил те или иные карточки вместе, как можно назвать ту или иную группу. Не обязательно спрашивать о названии каждой группы, особенно если видно, что больной классифицирует правильно. Но даже при безупречной работе больного о названиях нескольких групп спросить необходимо. Не следует спрашивать больного (как это часто ошибочно делают неопытные экспериментаторы) только о тех группах, которые сложены ошибочно. Если экспериментатор замечает ошибку или непонятную группировку, он должен спросить



Рис. 20. Классификация предметов (один из моментов исследования)

больного об 1—2 правильно собранных группах и затем, не меняя тона, о той группе, в которой допущена ошибка или имеет место непонятно мотивированная раскладка.

Иногда целесообразно вообще не замечать допущенных больным ошибок, для того чтобы проследить, не обнаружит ли их сам больной, или для того, чтобы вернуться к этой ошибке в конце работы и тогда «обсудить» ее.

Если больной спрашивает, нужно ли классифицировать подробно или можно сразу устанавливать крупные группы, экспериментатор отвечает уклончиво, т. е. говорит больному: «Как вам это кажется лучше, как вы сами хотите».

Некоторые больные пытаются пересмотреть раньше все карточки, начинают понемногу перебирать их, держа колоду под столом, на коленях, как бы пряча ее от глаз экспериментатора и убирая просмотренную карточку в конец колоды, вниз. Такую попытку следует внести в протокол, но разрешать этого нельзя; следует попросить больного сразу выкладывать каждую карточку на стол, сразу находить ей место (рис. 20).

Второй этап закончен тогда, кода с большей или меньшей помощью экспериментатора установлены основные группы: мебель, посуда, одежда, инструменты, транспорт, люди, фрукты, птицы, овощи, животные, измерительные приборы, насекомые, учебные пособия. Не будет ошибкой, если больной сразу объединит всех животных, но хорошо также, если он разделит их на домашних и диких зверей.

Когда эти группы собраны и названы, переходят к III этапу. Больному говорят: «Первую часть работы вы выполнили хорошо. Теперь нужно сделать вторую часть работы. Раньше вы соединяли в группы карточки с карточкой, а теперь нужно соединить группу с группой так, чтобы групп стало как можно меньше, но чтобы можно было дать каждой группе какое-либо название». Далее, на примере каких-то 2—3 групп экспериментатор показывает, как можно начать это объединение. Следует при этом учесть, что объединить растения легче всего, а объединить вместе все неодушевленные предметы — труднее. Поэтому одним больным помогают объединить измерительные приборы и инструменты, а другим — цветы и фрукты. По мере того как больной производит укрупнение групп, экспериментатор просит делать их все меньше и меньше. Иногда, если больной с трудом производит укрупнение, ему говорят: «Должно получиться всего три группы (подразумевается: растения, живые существа, неодушевленные предметы)».

Приведем образец протокола эксперимента по методике «Классификация предметов». Исследован психически здоровый взрослый испытуемый с образованием 6 классов (см. с. 82-83).

Из протокола видно, что задача обобщения оказалась для испытуемого не очень легкой, но все же доступной. Суждения его были в меру конкретны, помощь экспериментатора использовал легко, быстро.

Следует заметить, что помощь-подсказ в виде объяснения того, что собой представляет штангенциркуль, — почти обязательна. Для того и введен в набор именно этот измерительный прибор.

4. Анализ экспериментальных данных, полученных с помощью такого эксперимента, представляет значительную трудность.

Экспериментатор	Действия испытуемого*	Высказывания и объяснения испытуемого
I этап (инструкция обычная) Начните выкладывать — сами поймете...	Рассматривает первые карточки, не начиная выкладывать. Выкладывает по одной, затем вопросительно глядя на экспериментатора, кладет морковь со свеклой, овцу с козой	А как их надо группировать? По две? Можно овощи с овощами, животные с животными?
II этап (инструкция обычная) Да, правильно...	Мебель + Овощи + Животные домашние+ Многие карточки кладет по одной, не замечая того, что их уже можно было бы объединить.	Начинает сам комментировать свои действия: «Это будут профессии... а это...»
	К штангенциркулю прибавляет пилу	Это инструменты.
Нет — это не совсем так: штангенциркулем не производят работы, штангенциркуль — это измерительный прибор, а пила инструмент или орудие труда	Откладывает пилу от штангенциркуля, затем к пиле добавляет лопату и ножницы. К штангенциркулю подкладывает весы, часы и сантиметр Транспорт +(только телега осталась одна)	А-а, понял! Это инструменты Измерительные приборы
Глобус для чего служит?	Рыба+Насекомые+ Кладет глобус к книгам и тетради.	А глобус куда? Это все для учения
	Все карточки разложены в основном правильно, но	Все!

Прежде всего следует учесть, что анализ и оценка тех или иных действии и высказываний не могут производиться безотносительно к этапу выполнения задания. Одна и та же ошибка, допущенная на I, II или III этапах, имеет разное значение и должна быть по-разному истолкована.

* Когда группа начата правильно (даже если она не закончена), экспериментатор ставит знак «+», например, мебель +.

Экспериментатор	Действия испытуемого*	и объяснения испытуемого
Не должно оставаться по одной. Карточки все надо сгруппировать	многие остались необъединенными - по одной	
	Ищет глазами карточки, лежащие по одной, и присоединяет их правильно — телегу к транспорту, ребенка к людям разных профессий	Он маленький... но тоже человек - это будут "люди".
III этап (инструкция обычная)	Объединяет все растения, всех животных, часть вещей (мебель, одежду, посуду).	Это будут домашние вещи
	Объединяет транспорт, измерительные приборы и инструменты.	Это что-то техническое
	Осталось 5 групп	
	Объединяет людей с животными, все неодушевленные предметы вместе.	
А нельзя ли собрать три группы?	Остаются три группы Высказывания	Называет группы: растения, живые существа, неодушевленные предметы

Ошибки больного на I этапе работы не дают еще права для отрицательной оценки его мышления; он мог и не так истолковать задачу. Вот если больной с малым образованием сразу начинает правильно обобщать, — это можно расценить как признак быстрой ориентировки в новом материале, хорошей сообразительности.

Иная оценка может быть дана таким же действиям больного на II этапе. После второй инструкции интеллектуально полноценный человек без труда обычно устанавливает группы домашних животных, зверей, мебели, посуды, одежды, фруктов, овощей и т. д. Даже олигофрены справляются обычно с такой группировкой, испытывая, правда, некоторые затруднения при объединении более сложных групп (транспорта,

людей). Наибольшую трудность на II этапе представляет объединение группы измерительных приборов (термометр, весы, штангенциркуль, часы, сантиметр). Если больной самостоятельно объединил эту группу и назвал ее, такой экспериментальный факт свидетельствует о том, что ему доступны сложные обобщения. Этого не встречается при олигофрении. На втором месте по трудности объединение группы людей (так как в данной классификации люди изображены как представители разных видов деятельности).

Если на II этапе работы больной продолжает устанавливать конкретные ситуационные группы, например, объединяет бабочку с цветком, так как бабочки садятся на цветы, или объединяет моряка с пароходом, ребенка — с книжкой или с платьицем и т. д., — это свидетельствует о склонности больного к конкретному мышлению (особенно если такие ошибки повторяются, несмотря на критические замечания экспериментатора).

Кроме выявления того, в какой мере доступны больному простые обобщения, на II этапе классификации возникает возможность выявления ряда других особенностей мышления больных. Так, некоторые больные устанавливают очень дробные, чрезмерно детальные группировки: посуда чайная и посуда кухонная, птицы лесные и птицы домашние, мебель, годная для спанья, и остальная и т. д. Отделяя домашних животных (козу, овцу, лошадь) от зверей (лисы, медведя, волка), такие больные испытывают затруднения, не зная, куда отнести кошку, так как она, хотя и домашнее животное, но не такое, как овца...

Подобная склонность больных к детализации наблюдается часто при эпилепсии, в некоторых случаях — при ремиссии шизофрении. Типично для этих больных и то, что когда экспериментатор предлагает им укрупнить группы, например объединить всех птиц, они не соглашаются с этим, возражают или соглашаются с большой неохотой. Как правило, однако, экспериментатор на II этапе не дает никаких указаний по поводу того, какие группы устанавливать — широко обобщенные или дробные.

От излишней детализации в классификации следует отличать такое выполнение задания, при котором групп тоже очень много, но это обилие обусловлено не дроблением, а наличием одноименных групп. Так, например, больной начал объединять в одну группу животных — разных животных: и домашних, и диких. Затем, когда ему встретилось еще одно животное, больной забыл о том, что у него уже начата такая группа, не находит ее взором на столе и кладет это животное в другое место. Так возникают в разных местах ничем не отличающиеся группы, т. е. одноименные (люди в одном месте и люди в другом, мебель в одном и мебель в другом и т. д.). Наличие одноименных групп свидетельствует о рассеянности, забывчивости больных, о сужении объема их внимания (не видят всего, что лежит у них перед глазами). Такие особенности свойственны больным с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга. На II этапе классификации больные иногда складывают одни группы чрезвычайно обобщенно, а другие — чрезмерно детально. Такая непоследовательность мышления наблюдается при самых разнообразных заболеваниях — иногда при шизофрении, иногда при органических заболеваниях, но обычно в период какого-то легкого неблагополучия.

И наконец, последнее, что выявляется иногда на II этапе классификации, — это разноплановость, причудливость рассуждений больных. Так, например, больной раскладывает по обобщенным группам мебель, посуду, людей, транспорт, а рядом с этим устанавливает группы железных и деревянных предметов и еще рядом же — группу предметов синего цвета и черных. Эти ошибочные, разноплановые группировки не являются случайными, так как после недоумения или критической реплики экспериментатора больные не исправляют их, как бы «спохватившись», а пытаются это логически обосновать. Иногда наряду с обобщением сложных групп, таких, например, как группа измерительных приборов, больной откладывает группу предметов, которые он любит, а рядом такие, которые имеют острые окончания.

Так, мальчик, страдающий шизофренией, правильно объединив в группы все живые существа, измерительные приборы и

инструменты, положил в отдельную группу глобус и часы, дав этому следующее объяснение: «Когда вращается глобус, происходит смена суток, а эту смену более подробно показывают часы». Затем, после того как экспериментатор помог мальчику отнести глобус к учебным пособиям, он правильно объединил все растения и соединил их с учебными пособиями, объяснив, что «все растения растут на земном шаре (показал глобус), а в книжках написано о том, как эти растения нужно выращивать, и школьники это изучают».

Эти данные свидетельствуют о том, что мальчику были доступны обобщенные суждения, но вместе с тем он допускал ошибки, вызванные растекаемостью, непоследовательностью мышления.

Наибольший интерес на II этапе классификации представляет обсуждение совершаемых действий. Экспериментатор спрашивает у больного, почему он положил карточку в ту или иную группу и как теперь можно эту группу назвать. Ответы и доводы больного, исправления, которые он вносит в работу под влиянием замечаний экспериментатора, — вот наиболее ценный материал для анализа особенностей его мышления. Умение ставить вопросы и делать замечания — это особое искусство экспериментатора. Его реплики, замечания и вопросы обязательно должны быть скупыми и односложными; они должны быть занесены в протокол. Недопустимо, если экспериментатор слишком много говорит и спрашивает. Следует, разумеется, записать и подвергнуть анализу ответы больного и те названия, которые больной дает разным группам. При умственном недоразвитии больные не могут иногда найти общее понятие для обозначения группы, которая правильно ими собрана. Больные шизофренией придумывают иногда причудливые, аграмматичные названия групп. Так, например, группу карточек, изображающих разную посуду, больной-студент называет «средства помещения объемов». От подобной причудливости названий, свойственной больным шизофренией, следует отличать претенциозность выражений, присущую обычно малокультурным, но желающим произвести впечатление психопатам. Например, группу посуды та-

кой больной называет «принадлежность культурного быта для принятия пищи».

На III этапе выявляется, доступно ли больному понимание сложных обобщений. Люди без образования иногда затрудняются на III этапе, но при небольшой помощи экспериментатора, при наводящих вопросах достигают правильного решения.

Если больной самостоятельно или при небольшой помощи экспериментатора доводит объединение групп до трех (живые существа, растения, неодушевленные предметы), то экспериментатор вправе записать, в заключении, что больному доступно понимание сложных обобщений. При оценке допускаемых больным ошибок следует учитывать образовательный уровень; так, например, если больной с высшим образованием на III этапе хочет объединить группу людей с одеждой или вообще с вещами, которыми человек пользуется, то это можно расценить как признак некоторого интеллектуального снижения, как тенденцию к конкретности мышления. Такая же ошибка, если она допущена больным с низким образованием, может быть оставлена без внимания.

Интерес представляет соотношение между достижениями больных на II и III этапах. При конкретности мышления, затрудненности процессов абстрагирования больные могут успешно справиться со II этапом и не справляются самостоятельно с III. При интеллектуальной сохранности, но сужении объема внимания и снижении работоспособности больных затрудняет обилие карточек на II этапе, и они неожиданно лучше, увереннее, более четко справляются с работой на III этапе, где материала меньше, а необходимость абстрагирования больше.

Сходное соотношение между трудностью II и III этапов наблюдается у больных шизофренией, но по другим причинам: обилие деталей на многих картинках провоцирует у них причудливые ассоциации и разноплановые суждения; между тем сложные обобщения меньше затрудняют этих больных. Случается, что именно больные шизофренией с самого первого этапа классификации делят карточки на две группы: живую и неживую материю.

Наибольшее значение в пробе на классификацию предметов имеет то, как больной принимает помощь и подсказ экспериментатора. Иногда он кладет в группу предмет, совершенно к ней не подходящий. Стоит, однако, экспериментатору спросить у больного: «Что в этой группе лежит?» или «Как группа называется?», как больной сразу же замечает и исправляет свою ошибку. Следовательно, это ошибка его внимания, а не его суждения. Если же в ответ на вопрос экспериментатора больной не исправляет своей ошибки, а пытается ее обосновать, значит, это ошибка суждения.

Иногда больной оспаривает прямое указание экспериментатора на ошибку, не соглашается с ним, продолжает доказывать свою правоту. Такая реакция больного свидетельствует о снижении критики, потому что при любой убежденности больной должен был бы понять, что экспериментатор в данном вопросе лучше разбирается. Такого типа некритичность встречается у больных шизофренией. Иные проявления некритичности наблюдаются при паралитических и псевдопаралитических синдромах у органиков. Им все равно, куда положить карточку, — могут легко исправить свою ошибку после замечания экспериментатора и снова допустить аналогичную ошибку. У этих больных нет заинтересованности в достижении правильных результатов и в оценке.

Эмоциональные реакции больных на похвалу и порицание экспериментатора вообще представляют интерес. Так, например, аггравирующие при психиатрической экспертизе больные очень огорчаются при всяком одобрении их работы и после одобрения начинают часто работать хуже. В процессе классификации они нередко работают так: устанавливают правильные обобщенные группы, а затем в каждую такую группу подкладывают совершенно несоответствующие карточки. Если экспериментатор хвалит их, число ошибок увеличивается, а иногда больные перестают вдруг узнавать картинки, которые до того узнавали правильно, или даже начинают класть карточки картинкой книзу. До III этапа классификации эти больные редко добираются.

Напротив, больные психопатизированные или просто психопаты обнаруживают способность мобилизовать все свои психи-

ческие ресурсы при похвале экспериментатора. Если они понимают, что опыт направлен на испытание их умственных способностей и если экспериментатор хвалит их, они оказываются в эксперименте лучше, чем в жизни; было бы ошибочно полагать, что они в профессиональном труде могут так же разумно и точно действовать, как они рассуждают в этих условиях при классификации предметов.

Все время, пока больной производит классификацию, экспериментатор ведет как можно более полный протокол по следующей схеме:

Инструкции, этапы, вопросы и указания	*Действия больного*	*Высказывания и объяснения больного*

Свою инструкцию экспериментатор обозначает, только проставляя в левой графе порядковый номер этапа (I, II и III). Он должен следить за собой, чтобы своевременно проставлять этот номер, так как толкование ошибки зависит от того, на каком этапе она допущена. В этой же графе записывают вкратце собственные вопросы и указания. Было бы нереально рассчитывать на то, что экспериментатор успеет записать во второй графе все без исключения действия больного. Поэтому во второй графе запись делается сразу в частично обобщенном виде. Так, например, экспериментатор пишет: одежда+, мебель+, животные+. Такая запись означает, что данные группы начаты и образованы в основном правильно, хотя, возможно, еще не все представители данной группы уже отнесены в нее. Далее экспериментатор может записать: «Излишняя детализация: посуда из металла и посуда из стекла отдельно». Может быть, в других группах тоже была допущена детализация, например, транспорт крупный с двигателями и транспорт без двигателей был также разделен, но экспериментатор мог не успеть записать все виды детализации; он выхватывает в виде примера для иллюстрации 1—2 дробления. Также может быть сделана за-

пись: «Много одноименных; фрукты и овощи в двух местах», или запись может гласить: «Забывчив: транспорт+, сверху телега, лопата, а к ней весь инструмент». Это означает, что больной допустил следующую ошибку. Правильно собрав разнообразный транспорт, он положил сверху телегу, затем, забыв, что лежит в этой группе, добавил к телеге лопату (конкретность), а потом к лопате стал уже, правильно обобщая, прибавлять различные инструменты. Если в дальнейшем больной сам спохватится и ошибку свою исправит, досадуя на нее, то такую ошибку следует истолковать как проявление забывчивости, колебания внимания, а не расстройств мышления. Относительно всяких странных необычных группировок экспериментатор обязательно расспрашивает больного и записывает в протокол как весь состав карточек в группе, так и объяснения больного. В таких случаях не следует спешить. Если больной сам раскладывает слишком быстро, его следует остановить, записать все, а затем продолжать работу.

В третьей графе могут быть записи описательного характера (например: «Затрудняется в названиях групп», или «Все время рассуждает вслух, диктует себе порядок раскладки», или «По поводу каждой карточки приговаривает что-то, комментирует их»). Лучше, однако, если в этой третьей графе удается записать дословно высказывания и формулировки больных. Дословно записанные образцы высказываний следует брать в кавычки. Для того чтобы облегчить толкование ошибок больных в классификации, приведем несколько типичных выдержек из разных протоколов исследований и их истолкование.

Пример 1

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап	После разъяснения инструкции с помощью экспериментатора собраны группы зверей, овощей, мебели. В группу мебели добавлены предметы одежды и велосипед	Одежда должна висеть в шкафу, все это — обстановка комнаты, и велосипед часто приходится держать в комнате

Пример 2

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Начало II этапа	Дерево, цветы, грибы, бабочка, медведь, лисица	Это лес — под деревьями цветы, на цветах сидит бабочка, в лесу всегда находятся разные звери

Пример 3

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Начало II этапа	Собраны вместе ребенок, кровать, термометр и доктор	Ребенок заболел, его уложили. Ему нужно измерить температуру и доктор будет его лечить

Пример 4

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
III этап	Растения + Животные + Люди с вещами	Люди нуждаются в разных вещах — в одежде, мебели, посуде...

Пример 5

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Конец II этапа	Одежда+ Мебель+ Звери+ Фрукты, овощи, часть домашних животных и посуда	Это все, что нужно для питания, это съедобное, вещи и посуда, чтобы сварить, приготовить

Все эти примеры свидетельствуют о конкретности мышления больных, о том, что вместо обобщений предметов они группируют их по привычным ситуационным признакам. Такая склонность к установлению житейски привычных связей может проявляться наряду с некоторыми несложными обобщениями. Иногда больные принимают критические указания экспериментатора, исправляют одну из сделанных ими конкретно-ситуационных группировок, но вслед за тем сбиваются на столь же конкретный путь объединений в последующих своих действиях.

От проявлений конкретности мышления не всегда легко, но необходимо отличать следующие ошибки.

Пример 6

Конец II этапа	Люди+ Измерительные приборы+ Транспорт+ Фрукты+ Животные+	
Начало III этапа	Все живое вместе, а растения — со всеми неодушевленными предметами	Шкаф и мебель из дерева, а посуда из стекла, а стекло из песка, от трения в ледниковый период... Кастрюля из железа, значит, тоже из недр земли, и растения из земли вырастают, значит, все это недроископаемые, а живые — они поверх земли живут

Из приведенного примера видно, что больному доступно обобщение — он сам собрал группу измерительных приборов, живых существ. Переходя к III этапу, он не начал связывать предметы по конкретно-ситуационному признаку, а обобщил группы по довольно сложным признакам — происхождения «из недр

земли» и «на ее поверхности». Однако это был несколько неожиданный и необычный подход к классификации, который дал основание объединить растения с неорганической материей и противопоставить их живым по месту происхождения. Таким образом, рассуждения больного были основаны на разных признаках обобщения: оба признака были абстрактными, но они допускали построение обобщения в совершенно различных, несовместимых направлениях. Это было разноплановым построением классификации.

Не всегда разноплановость выступает в столь ярком виде. Иногда она проявляется фрагментарно, в виде небольших вкраплений ошибок среди правильно выполняемой обобщенной классификации.

Пример 7

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап	Большинство групп собрано правильно, по обобщенным признакам. Транспорт+ Люди+ Животные+	
Как эту группу назвать?	Наряду с этим объединяет корабль с рыбой, моряком и лебедем	Относятся к воде

Подобная ошибка может быть понята как проявление конкретно-ситуационной группировки — больной все правильно обобщил, а моряк, рыба и лебедь ситуацией не связаны; эта ошибка типа разноплановости. В примере 8 больная наряду с обобщенными группами создает другие, руководствуясь соображениями о том, как можно организовать промышленность и ее снабжение. Ее ошибки не носят конкретного житейски обыденного характера, они обращают на себя внимание произвольностью, аутистическим ходом рассуждений.

Пример 8

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап	Люди+ Животные+ Мебель+ Одежда+ Наряду с этим объединены лопата и слон	
Почему они вместе?		В одной из жарких африканских стран нужно развивать горнорудную промышленность
Почему?	Объединяет пароход, яблоко и рыбу	Необходима транспортировка плодов к районам Крайнего Севера
Почему?	Объединяет грузовик, кузнеца и ботинки	Группа металлургической промышленности. Ботинки — это спецодежда для рабочих

В самом деле, почему, приняв инструкцию и обобщив правильно несколько разных групп, больная может прийти к выводу, что лопата должна объединяться со слоном, чтобы развивалась горнорудная промышленность в Африке? Это вымысел, но больная наряду с таким вымыслом продолжает деятельность обобщения и классификации. Это включение иного подхода, иного плана рассуждения, но в этом ином плане уже нет деятельности обобщения, а есть произвольные построения. Здесь мы сталкиваемся с сочетанием разноплановости и аутистичности мышления.

Особенно ярко эта независимость хода рассуждений от только что принятых норм и правил видна в следующем 9 примере.

В данном случае произошла смена видов деятельности: интеллектуальная работа по классификации неожиданно сменилась свободным ассоциированием, произвольным связыванием абсо-

лютно не связанных друг с другом предметов. Подобная легкость связывания бессвязного едва ли была бы доступна человеку с нормальной психикой. Это особая произвольность, независимость от общечеловеческих нормативов и правил выполнения интеллектуальных актов, свойственная мышлению больных шизофренией.

Пример 9

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап (заканчивается)	Измерительные приборы+ Люди+ Мебель+ Посуда+ Транспорт+	
	Но все эти группы не завершены. Внезапно изменяет способ раскладки, т. е. просто выкладывает подряд все открываемые дальше в колоде карточки и собирает вместе лыжника, цветы, ботинки, морковь, телегу, женщину, петуха, велосипед, собаку, самолет	Больной (быстрой скороговоркой): «Пусть это будет человек на лоне природы, ему нужны грубые ботинки, он занят огородом, ему можно дать тележку, а это будет женщина, допустим жена Ива Монтана, она любит кур, ей нужен велосипед, у них, конечно, есть собака и самолет как символ современности...»

Следует отграничить эту причудливость, облегченность бесконтрольного ассоциирования от ошибок конкретного типа.

Пример 10

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап	После многих правильно обобщенных групп	

	собирает врача с этажеркой, бутылкой и моряком	
Почему они вместе?		Врач снял с этажерки поллитра, а моряк пришел его арестовать за пьянство

По внешнему сходству можно было бы рассматривать эту ошибку как сходную с примером 3. Но это не так. Здесь нет конкретности обычной житейской ситуации, и поллитра не типично снимать с этажерки, и моряк отнюдь не милиционер, и арест здесь неуместен, это непривычно конкретная ситуация, а дурашливое свободное ассоциирование, оправдывающее нелепую случайную группировку картинок. Это не конкретность, хотя и может быть внешне на нее похожа. Таков же и следующий пример.

Пример 11

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап	Много правильно обобщенных групп. На этом фоне - группа: термометр, уборщица, доктор, ребенок	Чистота - залог здоровья

И это не конкретная ситуация. Здесь все подчинено смутной, неправильной, но все же какой-то идее.

Во многих случаях ошибки носят совершенно фрагментарный характер, связаны с объединением предметов по необычным «слабым», по определению Секея, признакам.

Пример 12

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап	Мебель+ Посуда+ Животные+ Транспорт+	

	Одежда + ... Ботинки кладет к группе транспорта	Ботинки тоже служат для передвижения

Пример 13

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап Почему?	Одежда+ Птицы+ Звери + Люди+... Объединяет ботинки и гуся	 Потому что там грязно

Пример 14

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап Почему?	Животные+ Люди+ Фрукты и овощи+ Одежда+ Измерительные приборы+ Платье объединяется с ландышем	 Это будет любовь

Пример 15

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
III этап	Объединяются группы транспорта и измерительных приборов	Всяким транспортом измеряются расстояния

Пример 16

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
I этап	Объединяются гусь и коза	Потому что они медленно ходят

Пример 17

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап	После правильных группировок производится переделка	Нужно разделить предметы легкие и тяжелые

Пример 18

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
III этап	Посуду объединяет с инструментами	Потому что посуда — это тоже орудия труда, женщина может использовать ложку при штопке чулок

Пример 19

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
II этап	После правильных группировок объединяет весы, кастрюлю, этажерку, штангенциркуль. Другая группа: термометр, стол и ботинки	Предметы первой необходимости Предметы жизненного комфорта

Во всех последних примерах, от 12-го до 18-го, обнаруживаются «соскальзывания» мысли больного, отклонения мысли от ее правильного логического хода по различным случайным ассоциациям: ярким, чувственным (№13 и 14), необычным, «слабым» (16 и 17), причудливым (№15 и 18). В 19-м примере показана надуманная необоснованная группировка предметов, заменившая содержательную их классификацию.

Методика «Классификация предметов» малопригодна для повторных проб. Только в том случае, если больной в первый раз ничего не сумел сделать и экспериментатор не стал «доводить» его до правильного решения, стоит попытаться провести пробу повторно. В противном случае даже спустя много лет больные «помнят», как нужно складывать, и проба лишается смысла. Поэтому при задаче учета эффективности терапии проба не применяется.

Помимо предметной классификации, была в свое время сделана попытка составить аналогичную классификацию карточек, на которых те же предметы были заменены их словесными обозначениями (словесная классификация). Сравнение психологи-

ческих особенностей разных вариантов классификаций (предметной и словесной) (Т.И. Тепеницына) показало, что предметная представляет больше трудностей для процессов отвлечения и обобщения, поскольку красочное изображение конкретных предметов и деталей провоцирует конкретные ассоциации. Словесный же вариант классификаций легче поддается обобщению, но создает больше нагрузки для внимания и памяти.

Специальному исследованию методом предметной классификации подвергались суждения больных шизофренией (Ю.Ф. Поляков). Глубокий сравнительный анализ нарушений мышления при разных психических заболеваниях был проведен методом предметной классификации (Б.В. Зейгарник).

Литература

Зейгарник Б.В. Патология мышления. Изд. МГУ, 1962.

Поляков Ю.Ф. Сравнительная характеристика нарушения динамики мышления у больных с начальным артериосклерозом сосудов головного мозга и больных шизофренией. В кн.: Сосудистые заболевания головного мозга. М., 1961.

Тепеницына Т.И. Сравнительная характеристика предметной и словесной классификаций как методов исследования мышления при сосудистых и других психических заболеваниях. В сб.: Сосудистые заболевания головного мозга. М., 1961.

ИСКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ

1. Методика предназначена для исследования аналитико-синтетической деятельности больных, их умения строить обобщения. По своей направленности она похожа на классификацию предметов; отличие ее от классификации предметов в том, что она в меньшей мере выявляет работоспособность и устойчивость внимания, в большей мере предъявляет требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.

2. Для проведения опытов необходимы наборы карточек, на каждой из которых нарисовано по четыре предмета (см. приложение). Такие карточки-задачи могут быть градуированы по трудности от самых легких до чрезвычайно трудных. Так же как

набор «Классификация предметов», набор этих карточек копируется в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР.

3. Больному показывают карточки, заранее разложенные в порядке возрастающей трудности.

Инструкцию дают на примере одной самой легкой карточки. Больному говорят: «Вот здесь на каждой карточке изображены 4 предмета. Три из них между собой сходны, их можно назвать одним названием, а четвертый к ним не подходит. Вы должны назвать предмет, который не подходит (или который надо исключить), и сказать, как можно назвать остальные три». Далее экспериментатор разбирает с больным первую карточку, вместе с ним дает обозначение трем обобщаемым предметам и объяснение тому, почему следует исключить четвертый предмет.

В протоколе записывается против номера карточки предмет, который больной считает нужным исключить, а в соседнем столбце — объяснения больного и название остальных трех.

Форма протокола

Название карточки, а также вопросы и возражения экспериментатора	Исключаемый предмет	Объяснения больного

Если ответ больного неправилен и экспериментатор задает наводящий вопрос, то и вопрос и ответ больного, разумеется, записываются.

4. Методика представляет собой типичный образец моделирования процессов синтеза и анализа в мышлении.

Больной должен синтезировать, т. е. найти обобщающее понятие для трех предметов из четырех изображенных, и исключить, т. е. выделить один, четвертый, не соответствующий общему понятию.

Невозможность решить простые задачи встречается крайне редко: тогда, когда больной в связи с очень глубокой степенью слабоумия или расстройством сознания не понимает инструкции. Как правило, больные правильно решают первые 3—4 задачи и начинают ошибаться по мере перехода к более трудным

задачам. Степень сложности задач, на которых впервые начинает ошибаться больной, дает некоторое основание для суждения о степени его интеллектуального снижения. При исследовании этим методом детей-олигофренов (В.И. Перепелкин) было выявлено, что им иногда удается правильное решение задач средней трудности, но они не могут объяснить и мотивировать свои решения, не могут сформулировать общее понятие для обозначения трех объединяемых предметов. Конкретность мышления, непонимание абстракции обнаруживаются в том, что больные пытаются вместо задачи обобщения и выделения идти по пути практического использования и ситуационного увязывания предметов. Так, например, вместо того чтобы в задаче (см. рис. в приложении) выделить очки, а остальное назвать измерительными приборами, больной говорит, что ничего на этой карточке исключить не нужно, так как, надев на глаза очки, человек может лучше увидеть показатели весов, часов и термометра.

Некоторые больные шизофренией, правильно выполняя инструкцию и обобщая предметы, производят это обобщение по так называемым слабым признакам. Такой неправильный выбор посылок для обобщений вообще свойствен больным шизофренией. Так, в исследовании Ю.Ф. Полякова приводится следующий пример: больной обобщает зонтик, пистолет и барабан как предметы, издающие звук, и исключает фуражку, так как она звука не издает. В данном случае процесс обобщения не нарушен: действительно, три названных предмета издают звук и этим отличаются от фуражки. Однако признак звучания крайне необычен, странен для указанных предметов. Его можно отнести к числу латентных слабых признаков.

Методикой исключения предметов можно пользоваться и для повторных проб (при учете эффективности терапии), но для этого нужно подобрать два или три приблизительно равных по трудности набора карточек.

В книге Б.В. Зейгарник показано, как выполняют это задание психически больные разных нозологических групп.

Литература

Зейгарник Б.В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.

Поляков Ю.Ф. Сравнительная характеристика нарушений динамики мышления у больных начальным артериосклерозом сосудов головного мозга и больных шизофренией. В сб.: Сосудистые заболевания головного мозга. М., 1961.

Перепелкин В.П. Исследование суждений олигофренов методикой «исключение предметов». Рукопись МГУ, 1959.

МЕТОДИКА ВЫГОТСКОГО — САХАРОВА

1. Назначение этого метода — исследование мышления, точнее, способности самостоятельно формировать понятия. Однако в процессе наблюдения за больным, выполняющим задание, выявляются также особенности его эмоциональных реакций, подверженность аффективной дезорганизации суждений.

2. Для проведения опыта нужен набор разнообразных деревянных фигурок (разной формы и разного цвета) с надписанными на них словами «бик», «цев», «гур» и «лаг». Фигурки должны быть скопированы в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР или в другой психологической лаборатории, где эта методика применяется. Методика относится к числу очень трудных, пользоваться ею целесообразно при исследовании больных со средним или высшим образованием (рис. 21).

3. Перед больным на столе раскладываются беспорядочно все фигурки надписями книзу, так что ни одна надпись больному не должна быть видна. Полоска стола перед самим больным остается пустой. Экспериментатор говорит: «Все эти фигурки очень различны, но среди них можно найти фигурки одного типа или одного сорта. Вот я вам открою одну фигурку (экспериментатор переворачивает и выкладывает вперед синий треугольник с надписью «цев»), видите, здесь есть надпись «цев». Это слово ничего не означает, это просто название, имя одного сорта фигурок. Вы должны узнать, какие еще фигурки относятся к сорту «цев» и поставить их сюда, рядом с этой фигуркой «цев». Эта задача трудная, догадаться сразу о том, какие фигурки называются «цев», вы не сможете. Нужно будет высказывать предположения, учитывать свои ошибки, рассуждать, и постепенно вы смо-

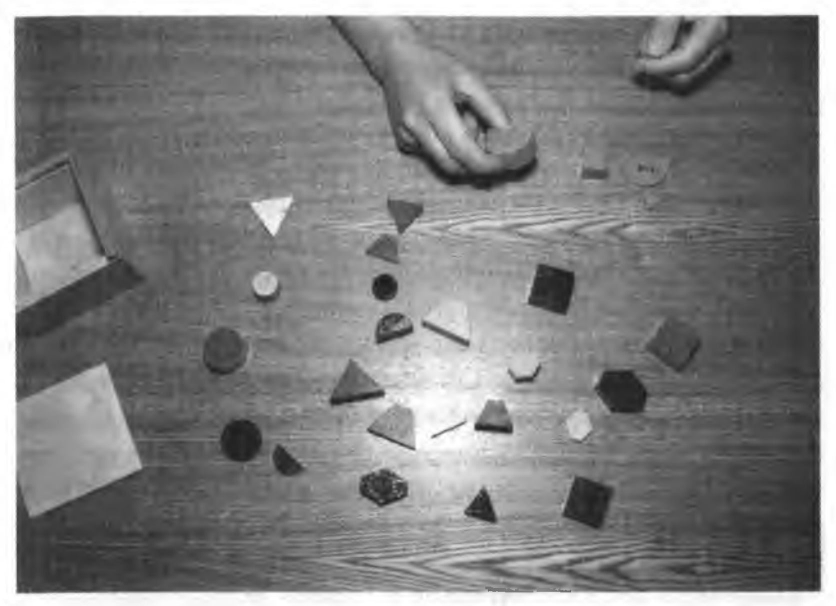


Рис. 21. Методика Выготского — Сахарова (один из моментов исследования)

жете найти правильное решение. Работать будем так: переворачивать фигурки вы не должны, так как там будет написано их название, переворачивать могу только я. Вы высказываете какое-либо предположение и выкладываете сюда все те фигурки, которые, может быть, называются “цев”».

Если больной молча выкладывает фигурки, экспериментатор спрашивает у него, почему он думает, что они относятся к сорту «цев», и записывает слова больного, а также зарисовывает, какие именно фигурки больной поставил вперед. Чаще всего, однако, больной раньше нерешительно высказывает вслух гипотезу, например, говорит: «Может быть, все синие?» или «Может быть, все треугольники?» — и нуждается в поощрении, чтобы начать выкладывать. В таком случае экспериментатор говорит «попробуйте» и следит за тем, чтобы в соответствии с гипотезой были выложены вперед все фигурки с данным признаком. Если больной пытается положить только одну фигурку рядом с открытой (часто это бывает желтый треугольник «цев»),

экспериментатор говорит, что таких фигурок должно быть несколько — 5 или 6, одной нельзя ограничиться. После того как больной выложил фигурки, экспериментатор открывает одну из них (из сорта «гур» или «лаг», смотря по обстоятельствам) и переворачивает, а все остальные фигурки ставит на место, не переворачивая. При этом экспериментатор говорит больному, что это фигурка тоже синего цвета (если он открыл синюю), но не «цев», или тоже треугольной формы (если он открыл треугольную), но не «цев», а имеет другое название. «Среди тех, которые я убрал обратно, — продолжает экспериментатор, — может быть, были «цевы», но этого мы не узнали». Так повторяется после каждого «хода», т. е. после каждой попытки больного.

Форма протокола исследования по методике Выготского — Сахарова

Порядковый номер хода	Предположения испытуемого	Действия по выкладыванию фигур	Фигура, открываемая экспериментато-ром и его замечания
I ход	По форме?	Выкладывает треугольные призмы, не замечая одной из них. Добавляет последний треугольник	Больше нет таких? Экспериментатор открывает красную треугольную призму «гур»
II ход	Может быть, по цвету?	Выкладывает все синие	Экспериментатор открывает синий полукруг „ «бик»
III ход	Может быть, плоские и синие Я забыла посмотреть... может быть, все фигурки с углами — без округлостей? Я не могу решить эту задачу. Устала	Выкладывает плоские фигурки синего цвета В растерянности перебирает руками фигурки, не решаясь сделать ход Отказывается продолжать	А ведь это тоже плоская фигурка синего цвета, а она — «бик»

Исследована больная артериосклерозом головного мозга с высшим образованием

4. Обычно психически здоровые люди легко делают первый и второй ходы — по форме и по цвету, а затем несколько затрудняются, прежде чем найдут настоящий признак различения фигурок — размер. Трудность нахождения этого признака в том, что размер как будто состоит из сочетания двух признаков (размера основания и высоты). В период затруднения, когда исчерпаны более доступные признаки — цвет и форма, у многих больных возникает чувство растерянности и аффективная дезорганизация суждений: больные начинают высказывать суждения, более примитивные, чем те, на которые они по своему интеллектуальному уровню способны. Так, например, вместо того чтобы отыскивать признак для классификации, больные начинают строить из фигурок какие-то конструкции, грибочки, начинают их прикладывать друг к другу и т. д. Успех опыта в значительной мере зависит от квалификации экспериментатора, который должен уметь оказывать больному умеренную помощь и наблюдать за тем, как больной ею пользуется, какие выводы он может сделать из полученных в процессе работы данных. Если больной в три или четыре хода, логично рассуждая, справляется с заданием, это дает экспериментатору право сделать вывод о том, что больному доступны сложные абстракции и логические умозаключения.

Иногда успешное решение методики Выготского — Сахарова позволяет отвергнуть напрашивавшийся по другим основаниям вывод о слабоумии больного или, во всяком случае, искать объяснений для такой неравномерности достижений.

Следует обращать внимание не только на то, каковы умозаключения больных из полученных в эксперименте данных, но и на то, какие признаки больной считает возможным использовать. При шизофрении (по данным Ю.Ф. Полякова) больные пытаются часто группировать фигурки по редко встречающимся, необычным, так называемым слабым признакам. Так, например, больной шизофренией спрашивает, можно ли подобрать группу «цев» по звукопроводимости, или пробует фигурки зубами, пытаясь установить, нельзя ли различать их по плот-

ности материала. Мнение Л.С. Выготского о том, что больным шизофренией не удается установление абстракции и вместо понятий они устанавливают комплексные ситуационные связи, некоторыми авторами не разделяется.

С помощью метода Выготского — Сахарова исследовано мышление многих психически больных.

Литература

Сахаров Л.С. Вопросы дефектологии. 1928. 2.

Выготский А.С. Избранные психологические произведения. Т. 1. М.: Изд. АПН РСФСР, 1956.

Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.

Hanfmann E., Kasanin I. Conceptual Thinking in Schizophrenia. N. Y. 1942.

СУЩЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ

1. Методика выявляет логичность суждений больного, а также его умение сохранять направленность и устойчивость способа рассуждения при решении длинного ряда однотипных задач.

2. Для проведения опытов нужны бланки с напечатанным текстом задач либо их машинописная копия (см. образец бланка).

Опыты можно проводить с больными, имеющими образование не менее 5 классов.

3. Пользоваться формальной «жесткой» инструкцией нецелесообразно. Вместо этого экспериментатор совместно с больным решает первую задачу и дает примерно следующие объяснения: «Видите, здесь ряд слов, напечатанных крупным шрифтом, а рядом с каждым таким словом (в скобках) — пять слов на выбор. Из этих пяти слов вы должны выбрать два — только два, не больше и не меньше, — два слова, обозначающих неотъемлемые признаки вот этого, написанного крупным шрифтом предмета, т. е. то, без чего он не может быть. Вот, например, сад. Все те слова, которые рядом с ним в скобках написаны, имеют какое-то отношение к саду — и земля, и забор, и садовник, и собака, и растения. Все это в саду бывает. Но без чего сад не может быть садом? Без земли и без растений. Без садовника или

СУЩЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ

(образец бланка)

1. **Сад** *(растения, садовник, собака, забор, земля).*
2. **Река** *(берег, рыба, рыболов, тина, вода).*
3. **Город** *(автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед).*
4. **Сарай** *(сеновал, лошади, крыша, скот, стены).*
5. **Куб** *(углы, чертеж, сторона, камень, дерево).*
6. **Деление** *(класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).*
7. **Чтение** *(глаза, книга, картинка, печать, слово).*
8. **Игра** *(карты, игроки, штрафы, наказания, правила).*
9. **Война** *(самолет, пушки, сражения, ружья, солдаты).*
10. **Кольцо** *(диаметр, алмаз, проба, округлость, золото).*
11. **Газета** *(правда, происшествие, кроссворд, бумага, редактор).*
12. **Книга** *(рисунки, рассказ, бумага, оглавление, текст).*
13. **Пение** *(звон, искусство, голос, аплодисменты, мелодия).*
14. **Землетрясение** *(пожар, смерть, колебания почвы, шум, наводнение).*
15. **Библиотека** *(столы, книги, читальный зал, гардероб, читатели).*
16. **Лес** *(почва, грибы, охотник, деревья, волк).*
17. **Спорт** *(медаль, оркестр, состязания, победа, стадион)*
18. **Больница** *(помещение, уколы, врач, градусник, больные).*
19. **Любовь** *(розы, чувства, человек, свидание, свадьба).*
20. **Патриотизм** *(город, друзья, родина, семья, человек).*

без забора сад будет, хотя, быть может, и плохой; без растений и без земли сада не бывает». Также совместно решается и вторая задача, а затем больной решает и объясняет свои решения самостоятельно.

В зависимости от того, для какой цели в большей мере экспериментатору нужна данная методика, он может действовать двумя способами: либо он только записывает высказывания и ответы больного и обсуждает их после окончания всей работы, либо сразу обсуждает с больным каждый следующий ответ, ставя ему контрольный вопрос.

Форма протокола к методике «Существенные признаки» и пример исследования больной шизофренией

Номер задачи и вопросы экспериментатора	Ответы больной*	Объяснения и мотивировки больной
2	Берег, вода ++	
3	Здание, улицы	
4	Крыша, стены +	
5	Углы, сторона+	
6	Делимое,	
7	делитель+	
А газету можно читать?	Глаза, книга -	Ну, тогда: глаза, печать
А письмо не напечатанное, а написанное читать можно?		Тогда эту задачу нельзя решить: глаза и слово будут неправильно...
Почему?		Слово может быть сказано вслух, а не только написано, поэтому нельзя. (Примечание: в таком объяснении содержатся элементы алогичности.)

* *Знак «+» означает правильный ответ, знак «—» — неправильный.*

В графу «Объяснения и мотивировки» следует внести пометку о том, проводилось ли обсуждение по мере решения каждой следующей задачи или к неправильно решенным задачам возвращались после решения последней.

4. В большинстве задач этой методики содержатся слова, которые провоцируют легкомысленные, бездумные ответы. Так, например, к слову «игра» многие, долго не думая, подбирают слово «карты», хотя карты вовсе не являются обязательным признаком для всякой игры. Многие больные не только при самостоятельной работе, но даже при контрольных вопросах и поправках со стороны экспериментатора в каждой следующей задаче сбиваются на путь таких случайных, привычных ассоциаций и отвечают бездумно. Таким больным подсказ, критическое замечание обычно помогают найти правильное решение. Таким

образом, методика выявляет некритичность н ненаправленность мышления больных. В иных случаях методика выявляет резонерские, путаные рассуждения больных — аморфность и расплывчатость их мышления. Неумение выделить самые существенные признаки (т. е. слабость абстрагирования) становится особенно заметной тогда, когда экспериментатор обсуждает с больным решения.

ПРОСТЫЕ АНАЛОГИИ

1. Выполнение этого задания требует понимания логических связей и отношений между понятиями, а также умения устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач. Методика заимствована из психологии труда.

2. Для проведения опыта нужен бланк или просто отпечатанный на машинке ряд задач (см. образец бланка).

Задание пригодно для исследования больных с образованием не ниже 7 классов.

3. Инструкция дается в форме совместного решения первых трех задач. «Вот посмотрите, — говорят больному, — здесь написано два слова — сверху лошадь, снизу жеребенок. Какая между ними связь? Жеребенок — детеныш лошади. А здесь, справа, тоже сверху, одно слово — «корова», а внизу пять слов на выбор. Из них нужно выбрать только одно слово, которое также будет относиться к слову «корова», как жеребенок к лошади, т. е. чтобы оно обозначало детеныша коровы. Это будет... теленок. Значит, нужно раньше установить, как связаны между собой слова, написанные слева, вот здесь (показ), и затем установить такую же связь справа.

Разберем еще пример: вот здесь слева — яйцо — скорлупа. Связь такая: чтобы съесть яйцо, нужно снять скорлупу. А справа картофель и внизу пять слов на выбор. Нужно выбрать из пяти нужных слов справа одно такое, которое относится к верхнему, как это нижнее — к этому верхнему (показ слов слева)».

Инструкция несколько длинновата, но обязательно нужно добиться того, чтобы больной ее хорошо усвоил.

4. В норме при соответствующем образовании исследуемые усваивают порядок решения задач после 2—3 примеров. Если больной, имеющий образование 7 классов, никак не может усвоить задание после 3—4 примеров, это дает основание думать, что его интеллектуальные процессы, по крайней мере, затруднены.

Форма протокола к методике «Простые аналогии»

Номер задачи	*Ответ*	*Объяснение*

Примечание. Так же как в задании «Существенные признаки», в протоколе должно быть указано, когда велось обсуждение: сразу, в порядке решения задач, либо после решения последней задачи. Кроме того, протокол может быть неравномерным по точности. Многие задачи, решавшиеся правильно, могут быть записаны только крестиком, но, если по поводу какой-либо задачи завязалась интересная дискуссия с больным, эту дискуссию следует записать как можно более подробно, в виде диалога.

Чаще всего при выполнении этого задания наблюдаются случайные ошибки. Вместо того чтобы руководствоваться при выборе слова образцом логической связи слева, больной просто подбирает к верхнему слову справа какое-либо близкое по конкретной ассоциации слово из нижних. Так, например, в задаче

Ухо	*Зубы*
Слышать	*Видеть, лечить, рот, щетка, жевать*

больной выбирает слово «лечить» просто потому, что зубы часто приходится лечить. Часто бывает так, что больной решает 3—4 задачи таким бездумным, неправильным способом, а затем, без всякого напоминания со стороны экспериментатора, возвращается к правильному способу решения. Такая неустойчивость процесса мышления, соскальзывание суждений на путь случайных, облегченных, ненаправленных ассоциаций наблюдается при утомляемости больных, при хрупкости процессов мышления как органического, так и шизофренического генеза. Существуют, однако, некоторые отличия между особенностями решений больных. При органической слабости больные мгно-

ПРОСТЫЕ АНАЛОГИИ

(образец бланка)

1.	Лошадь	Корова
	Жеребенок	Пастбище, рога, молоко, теленок, бык
2.	Тонкий	Безобразный
	Толстый	Красивый, жирный, грязный, урод, веселый
3.	Свинец	Пух
	Тяжелый	Трудный, перина, перья, легкий, куриный
4.	Ложка	Вилка
	Каша	Масло, нож, тарелка, мясо, посуда
5.	Яйцо	Картофель
	Скорлупа	Курица, огород, капуста, суп, шелуха
6.	Коньки	Лодка
	Зима	Лед, каток, весло, лето, река
7.	Ухо	Зубы
	Слышать	Видеть, лечить, рот, щетка, жевать
8.	Собака	Щука
	Шерсть	Овца, ловкость, рыба, удочки, чешуя
9.	Пробка	Камень
	Плавать	Пловец, тонуть, гранит, возить, каменщик
10.	Чай	Суп
	Сахар	Вода, тарелка, крупа, соль, ложка
11.	Дерево	Рука
	Сук	Топор, перчатка, нога, работа, палец
12.	Дождь	Мороз
	Зонтик	Палка, холод, сани, зима, шуба
13.	Школа	Больница
	Обучение	Доктор, ученик, учреждение, лечение, больной
14.	Песня	Картина
	Глухой	Хромой, слепой, художник, рисунок, больной
15.	Нож	Стол
	Сталь	Вилка, дерево, стул, пища, скатерть
16.	Рыба	Муха
	Сеть	Решето, комар, комната, жужжать, паутина
17.	Птица	Человек
	Гнездо	Люди, птенец, рабочий, зверь, дом

18. Хлеб	Дом
Пекарь	Вагон, город, жилище, строитель, дверь
19. Пальто	Ботинок
Пуговица	Портной, магазин, нога, шнурок, шляпа
20. Коса	Бритва
Трава	Сено, полосы, острая, сталь, инструмент
21. Нога	Рука
Сапог	Галоши, кулак, перчатка, палец, кисть
22. Вода	Пища
Жажда	Пить, голод, хлеб, рот, еда
23. Электричество	Пар
Проволока	Лампочка, ток, вода, трубы, кипение
24. Паровоз	Конь
Вагоны	Поезд, лошадь, овес, телега, конюшня
25. Алмаз	Железо
Редкий	Драгоценный, железный, твердый, сталь, обычный
26. Бежать	Кричать
Стоять	Молчать, ползать, шуметь, звать, плакать
27. Волк	Птица
Пасть	Воздух, клюв, соловей, яйцо, пение
28. Растение	Птица
Семя	Зерно, клюв, соловей, пение, яйцо
29. Театр	Библиотека
Зритель	Актер, книги, читатель, библиотекарь, любитель
30. Утро	Зима
Ночь	Мороз, день, январь, осень, сани
31. Нога	Глаза
Костыль	Галка, очки, слезы, зрение, нос
32. Утро	Зима
Ночь	Мороз, день, январь, осень, сани

венно «спохватываются» и исправляют свои ошибки, как только замечают, что экспериментатор недоволен их ответами. Сам экспериментатор может, напомнив инструкцию и настойчиво потребовав от больного внимательной работы и несколько задев при этом его самолюбие, добиться от больного-органика (с

травматическим, сосудистым или легким интоксикационным процессом) безошибочного продолжения работы. Между тем ошибки больного шизофренией обусловлены слабостью побуждений, рыхлостью и ненаправленностью ассоциаций. Поэтому «соскальзывания» мысли больных обычно не поддаются коррекции, от них часто не удается добиться безупречных решений даже при повторных решениях тех же задач. Ошибки они допускают не в трудных, а сплошь и рядом в легких задачах. У больных не выявляется «предпочтения истины», т. е., выяснив с помощью экспериментатора правильное решение задачи, больной считает одинаково правомерным и прежнее, ошибочное, и другое, правильное.

Помимо такой «хрупкости», неустойчивости и непоследовательности решений, больные шизофренией обнаруживают при выполнении этого задания более выраженную расплывчатость мышления. Обилие слов, которыми им приходится оперировать, вызывает у них множество ассоциаций. Больные начинают связывать между собой слова одних задач со словами других задач и совершенно теряются в возникшей мешанине связей.

Если, однако, больной безупречно выполняет все задание, решив все 30—35 задач быстро и без ошибок, это еще не дает психологу основания утверждать, что мышление больного не нарушено. Данная методика может не выявить тонких, маловыраженных расстройств.

Некоторые больные, даже понявшие инструкцию и умеющие объяснить ее, тем не менее в каждой следующей задаче ошибаются, поддаются провоцирующему влиянию тех слов, написанных под чертой справа, которые обладают наибольшей конкретной, «притягательной» силой. Если экспериментатор говорит больному «подумайте», то больной тут же может дать правильный ответ, но уже в следующей задаче снова «собьется». При этом больной сам не огорчается, иногда даже смеется, считает свои ошибки несущественными. Такого рода беззаботность, некритичность, а главное, непроизвольность мышления наблюдаются при паралитических синдромах.

Методикой можно пользоваться для повторных проб, если разделить этот набор на две или три части.

8-3080

СЛОЖНЫЕ АНАЛОГИИ

1. Методика направлена на выявление того, в какой мере больному доступно понимание сложных логических отношений и выделение абстрактных связей. Кроме того, методика провоцирует проявления резонерства у больных, склонных к нему.

Предложена Э.А. Коробковой.

2. Для проведения опытов нужен бланк (см. образец бланка).

Методику можно применять при исследовании больных, имеющих не менее 7 классов образования, но чаще всего ввиду очень большой трудности ее применяют при исследовании больных со средним и высшим образованием.

3. Больному говорят: «Давайте рассмотрим, какая связь между этими парами слов (вверху)» — и подробно характеризуют принцип связи каждой пары. Так, например, ему объясняют, что «свет — темнота» — противоположные понятия, «отравление — смерть» имеют причинно-следственную связь, «море — океан» имеют количественное отличие. После этого больному предлагают прочесть каждую пару из расположенных внизу, сказать, к какой паре из числа верхних она относится и назвать принцип этой связи. Больше никаких объяснений экспериментатор не дает, а только записывает решения больного, пока он не делает 2—3 попыток самостоятельного решения. В случае если эти первые решения свидетельствуют о том, что больной задачу не понял, экспериментатор дает повторные объяснения и вместе с больным решает 2—3 задачи. Правильное решение задачи должно иметь примерно такую форму: «физика — наука» соответствует паре «малина — ягода», потому что физика — одна из наук, так же как малина — это один из видов ягод». Или: «испуг — бегство» соответствует «отравление — смерть», потому что и там и здесь причинно-следственные отношения.

Форма протокола к методике «Сложные аналогии»

Какую пару к какой относит	*Обсуждение, доказательства*

Примечание. В этом протоколе лучше записывать обе соотносимые пары слов (а не номер задачи) во избежание возможных ошибок. Обсуждение следует записывать полностью. Можно в одной графе чередовать реплики и вопросы экспериментатора (заключая их в скобки) и ответы испытуемого.

4. Если больной правильно, без особого труда решил все задания и логично объяснил все сопоставления, это дает право написать в заключении, что ему доступно понимание абстракций и сложных логических связей (но это еще не означает, что у него нет никаких расстройств мышления).

Если же больной с трудом понимает инструкцию и ошибается при сопоставлении, это еще не дает права делать вывод об интеллектуальном снижении; многие психически здоровые люди с трудом выполняют это задание. Нужно подвергнуть анализу ошибки, вернее, весь ход рассуждений больного. Чаще всего эта методика оказывается полезной для выявления соскальзываний, внешних паралогичных умозаключений, т. е. той растекаемости мышления, которая наблюдается при шизофрении. Больной, например, начинает пространно рассуждать о том, что «испуг — бегство» соответствует паре «враг — неприятель», потому что во время войны такое бывает, или отвечает, что «физика — наука» соответствует понятиям «свет — темнота», так как это понятия, изучаемые физикой, и т. д.

Следовательно, анализ экспериментальных данных, полученных по данной методике, основывается не столько на ошибках и неправильных решениях, сколько на тех рассуждениях, которыми больные свои доводы обосновывают. Так, например, больной соотносит пару «испуг — бегство» с образцом «овца — стадо» и доказывает это так: «От испуга одной овцы целое стадо могло убежать». Это произвольное нелогичное рассуждение.

Другой больной соотносит пару «десять — число» с образцом «овца — стадо» и доказывает, что здесь «мысль общая — количество». Это также расплывчатое нелогичное суждение, особенно если учесть, что большинство задач до этой больной решал правильно, т. е. инструкцию понял.

Такая же диффузность, расплывчатость, мысли на фоне понимания логических связей имеет место в решении следующе-

СЛОЖНЫЕ АНАЛОГИИ

(образец бланка)

1) Овца — стадо
2) Малина — ягода
3) Море — океан
4) Свет — темнота
5) Отравление — смерть
6) Враг — неприятель

Испуг — бегство
Физика — наука
Правильно — верно
Месть — поджог
Бережливость — скупость
Десять — число
Грядка — огород
Похвала — брань
Пара — два
Слово — фраза
Бодрость — вялость
Свобода — независимость
Праздность — безделье
Глава — роман
Покой — движение
Прохлада — мороз
Обман — недоверие
Пение — искусство

СРАВНЕНИЕ ПОНЯТИЙ

(образец бланка)

1. Утро — вечер
2. Корова — лошадь
3. Летчик — танкист
4. Лыжи — коньки
5. Трамвай — автобус
6. Озеро — река
7. Река — птица
8. Дождь — снег
9. Поезд — самолет
10. Ось — оса
11. Обман — ошибка
12. Стакан — петух
13. Маленькая девочка — большая кукла
14. Ботинок — карандаш
15. Яблоко — вишня
16. Ворона — воробей
17. Волк — луна
18. Молоко — вода
19. Ветер — соль
20. Золото — серебро
21. Сани — телега
22. Очки — деньги
23. Воробей — курица
24. Кошка — яблоко
25. Вечер — утро
26. Дуб — береза
27. Голод — жажда
28. Сказка — песня
29. Корзина — сова
30. Картина — портрет

го больного: «обман — недоверие» он соотносит с образцом «море — океан», объясняя, что «обман — это большая грубость, чем недоверие».

Иногда за правильным ответом кроется ложное понимание. Например, «испуг — бегство» больной соотносит с «отравление — смерть». Это верно, но больной объясняет, что то и другое похоже, потому что «страх».

Без обсуждения эксперимент не имеет смысла. Особенно трудны соотношения понятий «бережливость — скупость» и «прохлада — мороз» — они редко выполняются без помощи экспериментатора, но дискуссия по ним интересна.

Следует подчеркнуть, что все ограничения в истолковании данных по этой методике не лишают ее ценности. При исследовании больных с высоким уровнем образования она всегда дает интересный результат как материал для обсуждения.

СРАВНЕНИЕ ПОНЯТИЙ

1. Методика применяется для исследования мышления больных, процессов анализа и синтеза. Применяется очень давно, особенно широко использовалась в школе акад. В.М. Бехтерева.

2. Экспериментатор из имеющегося у него набора заготавливает 8—10 пар слов, подлежащих сравнению (см. образец бланка на стр. 124).

В монографии Л.С. Павловской приводится 100 таких пар; достаточно применять лишь часть этого набора.

Обращает на себя внимание, что уже в наборе Л.С. Павловской содержатся понятия разной степени общности, а также и вовсе несравнимые понятия. Именно несравнимые понятия оказываются иногда очень показательными для обнаружения расстройства мышления.

Методика апробирована, пригодна для исследования детей и взрослых разного образовательного уровня. Применима для исследования лежачих больных или больных малодоступных, отказывающихся выполнять экспериментальную работу. Кроме того, она очень удобна при необходимости повторных исследований больных для оценки изменчивости их состояния. Так, например,

некоторые авторы пользовались этой методикой при оценке влияния какого-либо препарата на процесс мышления больных.

3. Больного просят сказать, «чем похожи и чем отличаются» эти понятия. Записывают все его ответы полностью. Экспериментатор должен настаивать на том, чтобы больной обязательно раньше указывал сходство между понятиями, а только потом различие. Если больному не сразу понятна задача, можно совместно сравнить какую-либо легкую пару слов.

Предлагая первую (в данном списке «река – птица») несравнимую пару, экспериментатор внимательно наблюдает за мимикой и поведением больного. Если больной выражает удивление, растерянность или просто молчит, затрудняясь, ему тут же дают пояснение: «Встречаются такие пары объектов (или понятий), которые несравнимы. В таком случае вы и должны ответить: «Их сравнивать нельзя». Если больной сразу начинает сравнивать эту пару — его ответ записывают, но затем все равно дают пояснение относительно «несравнимых» пар. В дальнейшем таких пояснений больше не дают, а просто регистрируют ответы больного по поводу каждой пары.

4. При оценке ответов больных следует учитывать, удается ли им выделить существенные признаки сходства и различия понятий. Неумение выделить признаки сходства, а также существенные признаки различия свидетельствует о слабости обобщений больного, о склонности его к конкретному мышлению.

В исследовании Т.К. Мелешко предметом анализа стала не логическая структура процесса сравнения, а состав признаков, которые использовались для сопоставления объектов. По данным Т.К. Мелешко, больные шизофренией сравнивают объекты, пользуясь очень разнообразными, необычными признаками, в то время как здоровые люди производят сравнения по банальным, «стандартным» признакам.

Второе, на что следует обратить внимание, это то, выдерживает ли больной заданный ему план сравнения или мысль его «соскальзывает» куда-то в сторону и суждения его оказываются лишенными логической последовательности.

Так, например, больной шизофренией в подостром состоянии дает следующее заумное и аграмматичное сравнение дождя

и снега: «Снег — это называются все микроны и заочные точки, которые могут быть под заморозками, а дождь, состоящий из воды, и оно может находиться в тесном сотрудничестве».

Другая больная сравнивает дождь и снег так: «Дождик — это капли водяные, а снег — это заморозки, снег это снег, а вода есть вода, какая может быть разница — это ведь совершенно разные вещи... Снег идет и вода идет, снег падает, и дождь тоже падает...»

В исследованиях В.И. Перепелкина и С.Т. Храмцовой приводятся образцы сравнений, характерные для больных шизофренией, эпилепсией, для олигофренов и др. Эту методику удобно комбинировать с фармакологическими пробами и записывать высказывания больных с помощью магнитофона.

Литература

Павловская Л.С. Экспериментально-психологическое исследование умозаключений у душевнобольных. СПб., 1909.

Мелешко Т.К. Вариант методики исследования процесса сравнения у больных шизофренией. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Храмцова С.Т. Апробация методики «Сравнение понятий» в детской психоневрологической клинике. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. Л., 1965.

Перепелкин В.И. Особенности процесса сравнения наглядных объектов у детей больных эпилепсией. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

СООТНОШЕНИЕ ПОСЛОВИЦ, МЕТАФОР И ФРАЗ

1. Методика применяется для исследования мышления больных. Выявляет понимание переносного смысла, умение вычленить главную мысль во фразе конкретного содержания, а также дифференцированность, целенаправленность суждений больных. Разработана Б.В. Зейгарник*.

---

* Прием объяснения смысла пословиц используется психиатрами издавна, но особая экспериментальная методика соотношения пословиц и фраз разработана Б.В. Зейгарник.

2. Для проведения опыта нужны таблички, на которых написаны тексты метафор и пословиц и тексты фраз.

Пословицы

Куй железо, пока горячо.

Цыплят по осени считают.

Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива.

Не красна изба углами, а красна пирогами.

Лучше меньше, да лучше.

Взялся за гуж, не говори, что не дюж.

Тише едешь, дальше будешь.

Не в свои сани не садись.

Не все то золото, что блестит.

Семь раз отмерь, а один раз отрежь.

Фразы

Материал разрезают ножницами.

Зимой ездят на санях, а летом на телеге.

Каждое утро овец выгоняют за деревню.

Не всегда то, что нам кажется хорошим, действительно хорошо.

Нельзя питаться одними пирогами, надо есть и ржаной хлеб.

Если сам отрезал неправильно, то не следует винить ножницы.

Цыплята вырастают к осени.

О деле судят по результатам.

Одну хорошую книгу прочесть полезнее, чем семь плохих.

Если не знаешь дела, не берись за него.

Кузнец, который работает не торопясь, часто успевает больше, чем тот, который торопится.

Чтобы сделать работу лучше, нужно о ней хорошо подумать.

Хорошее качество зеркала зависит не от рамы, а от самого стекла.

Если уж поехал куда-нибудь, то с полдороги возвращаться поздно.

Одна часть фраз такова, что их смысл соответствует пословицам, а остальные фразы лишь внешне по составу слов напоминают пословицы, но ничего общего с ними не имеют по смыслу. Так, например, если среди пословиц будет «Не в свои сани не садись», то среди фраз будет такая, как «Не нужно браться за дело, которого ты не знаешь» и такая: «Зимой ездят

на санях, а летом на телеге». Первая фраза соответствует по смыслу пословице, а вторая лишь внешне похожа на нее, но никакой общей идеи с пословицей не содержит. Таким образом, фраз оказывается примерно в 2 раза больше, чем пословиц. Таково же соотношение метафор и фраз.

Метафоры

Золотая голова.
Железный характер.
Ядовитый человек.
Каменное сердце.
Зубастый парень.
Глухая ночь.

Фразы к метафорам

Умная голова.
Художник сделал статуэтку с позолоченной головой.
Золото ярче железа.
Человек высек на скале сердце.
Сильный характер
Железо тверже меди.
Железная дорога.
Мальчик наелся сладостей и заболел.
Злой человек.
Его укусила ядовитая змея.
Черствое сердце.
Он всегда с камнем за пазухой.
Больной вместо лекарства глотнул яду.
У Ивана были крепкие и здоровые зубы.

3. Экспериментатор раскладывает на столе слева от больного пословицы или метафоры одну под другой, столбиком. Затем экспериментатор дает больному в перемешанном виде пачку таблиц с фразами и предлагает:

«Положите рядом с каждой пословицей соответствующую ей по смыслу фразу». При этом экспериментатор предупреждает больного, что «не ко всем пословицам найдутся подходящие фразы, а многие фразы не подходят ни к одной пословице».

После того как больной выполнил это задание, экспериментатор спрашивает его, в чем он видит сходство фраз и пословиц, в чем их общая идея.

Форма протокола

Пословицы или метафоры	Подобранные фразы	Объяснение больного
Например, куй железо...	Кузнец, который работает...	

4. Обилие фраз, из которых нужно выбрать нужные, провоцирует соскальзывания и неточности суждений у тех больных, у которых мышление нецеленаправленно и диффузно. Центр тяжести задания как бы переносится с задачи понимания переносного смысла пословиц на задачу соотнесения одного смысла другому.

Выявляется конкретность и поверхностность суждений олигофренов, диффузность и неопределенность суждений больных с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга, соскальзывания и паралогические суждения больных шизофренией.

Примером не столь выраженных расстройств мышления являются следующие решения больной, свидетельствующие о диффузности, нечеткости ее суждений.

Семь раз отмерь	Одну хорошую книгу прочесть полезнее, чем семь плохих	Здесь одна мысль — нужно делать хорошо
Куй железо	Если уж поехал куда-либо, то возвращаться поздно	Нужно делать быстро и до конца
Лучше меньше, да лучше	Чтобы сделать работу лучше, нужно о ней хорошо подумать	Здесь говорится о том, что как бы получше все делать

Пример более грубого расстройства мышления

Золотая голова	Человек высек на скале сердце	Потому что человек — золотая голова высек на скале сердце
Ядовитый человек	Мальчик наелся сладостей и заболел	Здесь почти что маленькая аналогия: мальчик наелся сладостей и заболел. Мальчик. Допустим он не мальчик. Юноша... Кто является виновником того, что он заболел? Ядовитый человек...
Зубастый парень	Больной вместо лекарства глотнул яду (?)	Потому что это следствие того, что он осознал свои ошибки. Я уверен, что с И. получится это. Такие люди не умирают своей смертью. Их, знаете ли, из-за угла убивают...
Глухая ночь	У Ивана были крепкие и здоровые зубы	Потому что зубная боль, она... можно ее сравнить с ушной болью, то есть с наиболее такой, знаете, ноющей, пульсирующей, вот, и именно глухая ночь способствует, знаете, переживаниям этой боли

Литература

Зейгарник Б.В. К проблеме понимания переносного смысла слов или предложений при патологических изменениях мышления. В сб.: Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии. М., 1934.

ЗАПОЛНЕНИЕ ПРОПУЩЕННЫХ В ТЕКСТЕ СЛОВ

1. Методика, предложенная Эббингаузом, применялась для самых разнообразных целей: выявления развития речи, продуктивности ассоциации. С успехом может быть использована для проверки критичности больных.

2. Для проведения опытов существует множество вариантов текстов: отдельные фразы, более или менее сложные рассказы. Текст, который на протяжении последних десяти лет применя-

ТЕКСТ ЭББИНГАУЗА

(образец бланка)

«___» _______________ г. Фамилия _______________

Над городом низко повисли снеговые_____________. Вечером началась_________. Снег повалил большими__________. Холодный ветер выл как _______________ дикий ______________ На конце пустынной и глухой ___________ вдруг показалась какая-то девочка. Она медленно и с_________________ пробиралась по_________. Она была худа и бедно_______. Она подвигалась медленно вперед, валенки хлябали и______________________ей идти. На ней было плохое_____________с узкими рукавами, а на плечах __________. Вдруг девочка____________________ и, наклонившись, начала что-то__________________ у себя под ногами. Наконец она стала на______________________ и своими посиневшими от _________ ручонками стала_______________ по сугробу.

ТЕКСТ ЭББИНГАУЗА *(II вариант)*

«____» ________________ г. Фамилия _____________

Однажды Генрих IV, французский ______________, потерял на охоте из виду свою ______________________ и принужден был один __________ в Париж. На большой __________ он увидал простого ___________, который __________ также в столицу. Король остановил своего ______________ и ____________ к мужику с вопросом: «Зачем ты _________________ в город?» — «Я хочу ________________ своего сына, да сверх того, мне хотелось бы _________ короля, который так любит своих _______________; говорят, что он очень _________. Но как его __________ в толпе? Не будете ли вы добры ___________ мне его?» — «Когда народ ___________ своего короля, — отвечал Генрих, — то каждый _________ шляпу; знай: кто не _________________ шляпы, тот и король». Увидавши своего _____________ в городе, все парижане сняли ____________, только король и мужик были в шляпах. «Кто же из нас обоих ___________?» — спросил мужичок с удивлением.

ется в лаборатории Института психиатрии, см. в приведенном образце бланка.

Больным, имеющим меньше 7 классов образования, предлагать это задание нецелесообразно.

3. Больному предлагают просмотреть текст и вписать в каждый пропуск только одно слово так, чтобы получился связный рассказ.

4. При оценке работы больного следует учесть скорость подбора слов, затруднения в подборе слов в определенных, наиболее трудных местах текста (например: холодный ветер выл, как... или начала что-то...), а также критичность больного, т. е. его стремление сопоставлять те слова, которые он собирается вписать, с остальным текстом. Некоторые больные производят этот контроль, прежде чем заполнят пропуск, другие — исправляют и переделывают уже написанное. Однако если больной заполняет текст, а затем беззаботно отдает его экспериментатору в качестве выполненной работы, так, как это сделано в данном примере, то можно сделать вывод о снижении критичности.

Больной К. Над городом низко повисли снеговые *туча*. Вечером началась *перестрелка*. Снег повалил большими *пятаком хлопья*. Холодный ветер выл как *собака*, дикий... На конце пустынной и глухой *горе* вдруг показалась какая-то девочка. Она медленно и с *тарелкой* пробиралась по *столовой*. Она была худа и бедно *выглядела*. Она подвигалась медленно вперед, валенки хлябали и *тяжело* ей идти. На ней было плохое *одеяло* с узкими рукавами, а на плечах *мешок*. Вдруг девочка *испуганно* и, наклонившись, начала что-то *кричать* у себя под ногами. Наконец, она стала на *ноги* и своими посиневшими от *озноба* ручонками стала *прыгать* по сугробу.

Литература

Зейгарник Б.В. Патология мышления. Изд. МГУ, 1962.

Урусова-Белозерцева В.И. Особенности нарушения мышления у больных с поражениями лобных долей мозга. Дипломная работа. Изд. МГУ, 1954.

Цимкин Г. Сравнительные опыты с методом Эббингауза и пересказом продиктованного текста. Отдельный оттиск. Рига, 1914.

ОБЪЯСНЕНИЕ СЮЖЕТНЫХ КАРТИН

1. Проба, заключающаяся в том, что больного просят рассказать о содержании сюжетной картинки, является одной из очень распространенных и самых простых. Применяется для исследования сообразительности больных, их умения выделять существенное из деталей, а также для исследования того эмоционального отклика, который вызывает у больного сюжет той или иной картинки.

2. Для проведения опыта экспериментатор должен иметь набор разнообразных сюжетных картинок. Желательно, чтобы среди них были простые и сложные по сюжету, веселые, красочные и печальные, мрачные, реалистичные и более сложные по оформлению. Для этой цели пригодны открытки — репродукции картин художников (см. приложение).

3. Методика проведения опыта предельно проста. Больному показывают картинку и просят рассказать, что на ней нарисовано. В редких случаях от экспериментатора требуется мотивировка — указание, что таким путем надо проверить зрение больного.

4. Апатичные больные, больные с паралитическими и депрессивными синдромами небрежно смотрят на картинки, не задерживая на них своего взора и не всматриваясь. Как ни странно, но такие различные по психопатологической сущности синдромы (паралитический и депрессивный) при исследовании методом сюжетных картинок проявляют себя в отношении активности восприятия сходно, так как больные не обнаруживают заинтересованности в распознавании нового содержания. Однако ответы больных о содержании картин оказываются различными. В то время как депрессивные больные отвечают с паузами, скупо, односложно, но с пониманием существенного смысла картинки, больные с клинической картиной паралитического слабоумия отвечают наобум, высказывая неправильные, часто нелепые суждения о сюжете картинки по случайным, бросившимся в глаза деталям.

Понимание сюжетных картинок затруднено у олигофренов. Известны многие экспериментальные данные относительно того, что олигофрены неправильно понимают перспективные соотношения, плохо понимают мимику изображенных на картинках

людей, медленно обозревают картинку в целом (К.И. Вересотская, И.М. Соловьев, Э.А. Евлахова). Больные эпилепсией также не скоро доходят до объяснения существенного в сюжете картинки, так как они склонны к перечислению всех изображенных на картинке предметов и деталей. При шизофрении понимание картин редко бывает затруднено, но больные часто побредовому толкуют содержание, рассматривают картинку как намек на свои болезненные переживания.

Литература

Евлахова Э.А. О некоторых особенностях восприятия сюжетно-художественных картин учащимися вспомогательной школы. В сб.: Учебно-воспитательная работа в специальных школах. В. 4. Учпедгиз, 1957.

Рубинштейн С.Я. К вопросу о стадиях наблюдения. Ученые записки Института им. Герцена. Т. XVIII, Л., 1939.

Вересотская К.И. Восприятие глубины (третьего измерения) на картинках учащимися вспомогательной школы. В сб.: Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых детей. Учпедгиз. М., 1940.

Соловьев И.М. Восприятие действительности умственно отсталыми детьми. В сб.: Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы. Изд. АПН РСФСР. М., 1953.

УСТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СОБЫТИЙ

1. Методика предназначена для выявления сообразительности больных, их умения понимать связь событий и строить последовательные умозаключения. Предложена А.Н. Бернштейном.

2. Для проведения опыта необходимы серии сюжетных картинок (в количестве 3—6 картин), на которых изображены этапы какого-либо события (см. приложение).

Существуют серии, соответствующие по содержанию детскому возрасту («Волки», «Колодец», «Лодки» и др.), а также серии для взрослых («Колесо», «Пьяница», «Охотник» и т. д.).

Оригиналы этих серий выполнены красками, но можно пользоваться и их фотокопиями.

3. Испытуемому показывают пачку перемешанных карточек и говорят: «Вот здесь на всех рисунках изображено одно и то же

событие. Нужно разобрать, с чего все началось, что было дальше и чем дело кончилось. Вот сюда (экспериментатор указывает место) положите первую картинку, на которой нарисовано начало, сюда — вторую, третью... а сюда последнюю».

После того как больной разложил все картинки, экспериментатор записывает в протоколе, как он разложил (например: 5, 4, 1, 2, 3), и лишь после этого просит больного рассказать по порядку о том, что получилось. Если больной разложил неправильно, ему задают вопросы, цель которых помочь больному установить противоречие в его рассуждениях, выявить допущенные ошибки.

Умение ставить эти вопросы зависит от квалификации и опыта экспериментатора. Эти вопросы и ответы больного записываются в протокол, так же как и действия больного по исправлению раскладки картин. Если вопросами не удается довести больного до правильного понимания последовательности изображенных событий, экспериментатор просто показывает ему первую картинку и предлагает снова разложить. Это вторая попытка выполнить задание. Если она тоже безуспешна, тогда экспериментатор сам рассказывает и показывает больному последовательность событий и, перемешав снова все карточки, предлагает ему разложить их снова — в третий раз.

В случае если больной лишь на третьей попытке правильно установил последовательность, полезно предложить ему другую серию той же методики, чтобы выяснить, возможен ли «перенос» с трудом усвоенного способа рассуждений.

Форма протокола
(Исследование больного, перенесшего травму)

Название серии и замечания экспериментатора	Раскладка	Объяснение больного
«Колесо»	2, 3, 4, 5, 1	Сломалось колесо, позвал помощника, починили, он поехал, а колесо опять сломалось
Опять на том же месте сломалось?	Исправляет: 1, 2, 3, 4, 5	Я не подумал

4. При выполнении этого задания некоторые больные создают произвольный, вымышленный порядок и, излагая сюжет события, нисколько не считаются с противоречащим такому порядку содержанием рисунка. Такие больные обычно не считаются также с критическими замечаниями и возражениями, которые содержатся в вопросах экспериментатора. Таким образом, выявляется некритичность мышления (при глубоком слабоумии, паралитических синдромах и др.).

Некоторые больные не в состоянии справиться с установлением последовательности событий по 5 или 6 картинкам, так как они не могут охватить столь значительный объем данных. Если ту же серию сократить, т. е. ограничить задачу тремя этапами (первой, средней и последней картинками), они успешно справляются с заданием. Такое сужение объема доступных для рассмотрения данных наблюдается при сосудистых и иных астениях органического генеза.

Интеллектуальное недоразвитие, затрудненность осмышления, свойственные олигофренам и больным с органическими заболеваниями мозга, проявляются в том, что больные, справляясь с легкими сериями, не могут ориентироваться в более трудных; в одной и той же серии они, как правило, ошибаются на одной более трудной картине.

Отчетливо выявляются с помощью данной методики некоторые формы инертности психических процессов больных: разложив в первый раз картинки неправильно, больные в дальнейшем несколько раз подряд повторяют ту же ошибочную версию последовательности. Такая «склонность к застреваниям» наблюдается при некоторых органических заболеваниях мозга в детском, а также в старческом возрасте.

При истолковании результатов исследования следует обращать внимание на то, как больной реагирует на наводящие вопросы и критические возражения экспериментатора, «подхватывает» ли он эту помощь или не понимает ее.

Значительный интерес представляют особенности устной речи больных, выявляющиеся во время объяснения последовательности событий (грамматически связная, развернутая либо односложная, бедная, лаконичная либо с тенденцией к излишней детализации).

В последнее время для установления последовательности и смысла событий используются серии, составленные из карикатур («Дома и на работе», «Прошел год», «Кто работал и кто устал», «Обман зрения» и т. д.). Преимущество этих серий в том, что они труднее для понимания и пригодны для исследования более интеллектуально развитых и сохранных больных. В то же время центр тяжести задания при использовании этих серий как бы переносится с установления строгой последовательности этапов события (иногда эту последовательность точно устанавливать и не нужно) на понимание юмора, т. е. смысла карикатур в целом.

Серии последовательности событий по карикатурам используются с некоторой модификацией порядка проведения опытов. Больному раньше предлагают самому установить последовательность событий, а затем, если он не может этого выполнить, предлагают карточку с названием серии. Название составляется обычно так, что оно как бы «проливает свет» на смысл всей серии.

Литература

Бернштейн А.Н. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. Изд. 2-е. Госиздат, 1922.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИЙ

Три методики, приведенные в этом разделе, нельзя считать направленными на исследование мышления в подлинном смысле слова. Выполнение инструкций не требует от испытуемого целенаправленных логических действий, не связано с решением мыслительных задач. Тем не менее, выявляя особенности течения ассоциаций, они могут быть полезны для анализа тонких признаков расстройств мышления.

НАЗВАНИЕ 60 СЛОВ

1. Методика выявляет характер и продуктивность ассоциаций больного, а также его словарный запас.

Методика напоминает ассоциативный эксперимент Юнга. Он предлагал больным называть какие угодно слова, предполагая, что в таком свободном потоке ассоциаций могут раскрыться переживания больного, его подсознательные стремления и опасения. Не вдаваясь в критический анализ такого направления исследований, укажем лишь, что оно теперь крайне редко применяется. Значительно чаще данный экспериментальный прием используется для исследования связности ассоциаций.

2. Для проведения опыта экспериментатор должен подготовить мягко пишущее перо (или карандаш) и секундомер (или обыкновенные часы). Нежелательно проводить этот эксперимент после «классификации предметов».

3. Исследование проводится под видом проверки скорости речи. Экспериментатор говорит больному: «Давайте проверим, насколько быстро вы можете говорить. Назовите, пожалуйста, 60 каких угодно слов — все равно каких, только как можно скорее. Старайтесь не называть того, что видите перед собой. Начинайте!»

В отличие от других экспериментов, при проведении которых экспериментатор не спешит начать опыт, пока не убедится, что больной все понял и не имеет больше вопросов, в данном опыте экспериментатор несколько искусственно создает условия спешки: «Скорее, скорее, главное, скорее...». Если больной никак не может сам начать и все спрашивает, какие слова нужно называть, экспериментатор повторяет: «Все равно какие. Отдельные слова. Например, лес, поле, хлеб...» Никакой другой помощи оказывать больше не следует.

Все слова, которые называет больной, экспериментатор должен постараться записать. Если больной говорит очень быстро и много, экспериментатор, в крайнем случае, ставит себе знак пропуска, например «V», и старается, чтобы от одного такого знака до другого запись была абсолютно полной. Не следует предлагать больному говорить медленнее, так, чтобы его речь превращалась в диктовку, — лучше пропустить запись ряда слов. Но если становится заметно, что условия спешки тормозят больного, можно перейти и на более медленный темп.

В случае если больной называет слова с длительными паузами, экспериментатор не отрывает карандаша от бумаги и, пока больной молчит, продолжает ставить в ряду слов точки. Количество поставленных точек даст представление об относительной длине пауз, сделанных больным.

Если вопреки инструкции больной начинает произносить целые фразы, экспериментатор останавливает его и напоминает, что нужно произносить отдельные слова.

Опыт продолжается 2 минуты, иногда и меньше, если больной не в состоянии называть слова.

Протоколировать опыт можно просто, записывая вслед за больным во всю ширину страницы слова, но иногда полезно пользоваться магнитофоном, а затем списывать все с магнитофона.

4. Для психически здоровых людей, а также школьников задание не представляет трудности. Слова называются обычно «гнездами», по 4—7 слов из какой-либо области смежных представлений, а затем происходит понятный переход к следующему «гнезду», т. е. близкому ряду слов. Так, например, больной называет: «тигр, волк, лось, медведь, шкура, мех, шуба, пальто, костюм, плащ». В этом ряду следует перечисление зверей, а затем после перехода «шкура — мех» — следующее гнездо: виды одежды. Очень большие «гнезда», т. е. перечисление 10—12 предметов одного и того же ряда, а иногда и больше, свидетельствуют о чрезмерной обстоятельности, инертности мышления больных.

Особого внимания заслуживают быстрые, внезапные переходы от одного содержания представлений к другому. Так, например, больной быстро называет ряд слов: «жемчуг, дирижабль, несмотря, корица, мокрица, фисгармония». В этом ряду невозможно уловить содержательные связи между словами, но отчетливо выступают ассоциации по звучанию (корица, мокрица). Такого типа ассоциации встречаются у больных шизофренией.

В иных случаях элементы разорванности ассоциаций выявляются среди адекватного содержательного ряда слов. Так, например, «ель, изумруд, счастье, Иванов, дерево, мозги, чиж, щегол, попугай, ель, Барыбинск, соловей, Галли Курчи, Галя, Водопьянов, пошлина, шелк, ситец, Карманьола, Мытищи, Останкино, кулак, дерево, дурак». Следует подчеркнуть, что делать вывод о нарушении связности ассоциации можно лишь тогда, когда больной произносит слова быстро, а не выдумывает их, мучительно выискивая в памяти.

В следующем примере выявилось сочетание чрезвычайной инертности ассоциаций с элементами разорванности. Инертность выявилась в том, что больная назвала чрезвычайно много названий учебных предметов (некоторые названия повторялись), а к концу в том же быстром темпе произнесла слова совершенно несвязные: «молоко, фрукты, желание, наука, институт, техника, школа, училище, медицина, география, история, биология, математика, физика, химия, биология, зоология, неживая природа, растительный мир, животный мир, механика, элект-

ротехника, сопротивление материалов, жизнь, стебель, трава, шахматы, шашки, литература, материя, познание, авторитет, чувство, благодарность, доярка, инструмент, башня, туфли, кофе, день».

Для некоторых больных (адекватно отвечающих на вопросы и выполняющих многие другие экспериментальные задания) именно эта проба на придумывание слов оказывается особенно трудной: они либо совсем не могут придумать ничего «из головы» (за 2—3 минуты опыта с трудом называют 3—4 слова), либо, вопреки инструкции, начинают называть предметы, находящиеся перед глазами. Непродуктивность мышления (отсутствие слов) чаще наблюдается при шизофрении, а аспонтанность (называние того, что «перед глазами») чаще наблюдается при органических заболеваниях, хотя возможна и при шизофрении.

Данная проба может также оказаться полезной для выявления богатства или бедности словарного запаса и запаса представлений. Так, например, у больного с неизвестным анамнезом (при ограничении олигофрении в степени имбецильности от шизофренического дефекта) данная проба совершенно неожиданно выявила большой запас абстрактных понятий и сложных представлений (испытуемый называл ряд слов: аэродинамика, тяготение, пространство, млечный путь, индукция и т. д.), что невозможно при имбецильности.

ОТВЕТНЫЕ АССОЦИАЦИИ

1. Методика получила на протяжении многих лет широкое распространение. Ею пользовались для оценки мышления больных, для выявления «аффективных комплексов», подвижности или инертности нервных процессов и т. д. Одной этой методикой почти подменялось экспериментально-психологическое исследование психически больных.

В действительности сфера применения этой методики очень ограничена. Она может иметь вспомогательное значение при исследовании легкости или затрудненности ассоциаций, выявлении преобладания содержательных или выхолощенных связей.

2. До начала эксперимента следует приготовить слова — отдельные имена существительные, не имеющие между собой никакой связи.

При достаточном умении пользоваться секундомером следует с его помощью отмечать время каждой реакции. Можно, однако, заменить секундомер следующей простой регистрацией: произнеся слово, экспериментатор ритмично ставит точки. Если больной медлит с ответом, точек будет поставлено много; если он отвечает немедленно, не будет поставлено ни одной точки.

Задаваемые слова пишутся столбиком, а против слова оставляется место для ответа.

3. Больному говорят: «Я буду вам говорить слова, а вы отвечайте мне на каждое слово любым другим, первым пришедшим в голову словом. Старайтесь отвечать быстрее, не раздумывая, одним каким угодно словом. Понятно?» И сразу же опыт начинается. Если больной пытается отвечать целыми фразами, экспериментатор останавливает его, напоминает, что нужно называть отдельные слова. Если после одного напоминания больной продолжает отвечать фразами, экспериментатор продолжает опыт и записывает все, что больной говорит.

Форма протокола

Слова	*Время (в секундах)*	*Ответ*

4. Истолкование результатов проводится разными авторами различно. При использовании данного метода для исследования высшей нервной деятельности больных квалификация полученных экспериментальных данных проводится с учетом специальной шкалы (А.Г. Иванов-Смоленский). Количество опубликованных исследований высшей нервной деятельности с помощью этой методики очень велико.

В дефектном состоянии больные шизофренией обнаруживают в этом эксперименте большую инертность раз принятой уста-

новки в сочетании с многословием — они не выдерживают инструкции отвечать одним словом и отвечают фразой. Таковы были ответы больного Г*.

Чернила — *рядом книга.*
Брат — *недалеко на берегу.*
Трава — *встань с нее.*
Ящик — *...не опирайся на него.*
Клюква — *не лазий туда.*
Тигр — *не подходи близко.*
Скамья — *отдохни на ней.*
Гребенка — *не поднимай.*
Самовар — *не знаешь, не бери.*
Солома — *а если солому нам оставить?*
Книга — *не клади на солому.*
Булавка — *столярное дело, хитрей не может быть.*
Огонь — *...ну огонь, пожар можно.*
Зонтик — *моросит.*
Собака — *конура.*
Медведь — *берлога, зима, залегает, нет.*
Часы — *время, лежат, нет.*
Усы — *борода.*
Ножницы — *материал.*
Звонок — *колокольчик.*
Календарь — *хватит!*

В этом эксперименте экспериментатор несколько раз напоминал больному, что нужно отвечать одним словом, однако это не помогало.

Множественность ассоциаций, тенденция отвечать фразами наблюдается также при эпилепсии. При органическом слабоумии сама задача представляет для больного известную трудность ввиду своей условности. Даже усвоив инструкцию, больные с трудом подбирают слова, отвечают медленно.

---

* В приведенном примере нельзя было учитывать время из-за состояния больного (да и не был актуален этот учет).

Включение в этот ряд так называемых эффектогенных слов особого значения не имеет. Для того чтобы с помощью ассоциативного эксперимента вскрыть некоторые волнующие испытуемого обстоятельства (как это сделал А.Р. Лурия при исследовании лиц, совершивших преступления, но отрицавших это), необходимы многократные специально поставленные эксперименты по методу сопряженной моторики (А.Р. Лурия). Если же в ряд слов для свободных ассоциации экспериментатор включает по 1—2 слова, которые, по его предположению, могут иметь аффектогенное значение, то при этом нередко возникают артефакты; если больная, например, огорчена из-за алкоголизма сына, то вовсе не обязательно, чтобы слова «сын» и «водка» вызвали у нее аффективную реакцию. Очень может быть, что самое невинное, на взгляд экспериментатора, слово «ящик» окажется таким аффектогенным словом, потому что сын из ящика стола взял без разрешения деньги. Таким же скрыто аффектогенным может оказаться какое-нибудь простое слово «платок» или «вечер», так как трудно предусмотреть, от какого случайного представления потянутся нити ассоциации к наболевшим переживаниям. И, если, наконец, во взятом примере слово «сын» или «водка» и вызовут даже паузу или удлинение латентного периода реакции, едва ли этот факт может иметь серьезное диагностическое значение при изучении больного.

Большой экспериментальный материал по применению метода свободных ассоциаций к анализу мышления разных психически больных содержится в исследовании Б. В. Зейгарник.

Литература

Владычко С.Д. Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством. СПб., 1909.

Иванов-Смоленский А.Г. Психиатрия, неврология и экспериментальная психология. 1922. 1—2.

Зейгарник Б.В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.

Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.

Довбия Е.М. Ассоциативный эксперимент. М., 1914.

Лурия А.Р. Сопряженная моторная методика в исследовании аффективных реакций. Труды Института психологии. М., 1928.

ПРОТИВОПОЛОЖНОСТИ

1. Этот вариант ассоциативного эксперимента предназначен для выявления произвольности и дифференцированности ассоциаций больных. В отличие от так называемого свободного варианта, т. е. такого, при котором предлагается отвечать любым, первым пришедшим на ум словом, в этой методике ассоциации регламентированы условиями. Длительно продолжающийся опыт должен выявить устойчивость произвольного направления ассоциаций.

2. Для проведения опыта нужен бланк (типографски отпечатанный или даже переписанный экспериментатором от руки) со словами. Образец бланка представлен на следующей странице.

Выбор этих слов, каждое из которых представляет, в сущности, задачу, не так уж прост, и лучше пользоваться проверенными вариантами.

Можно предлагать больному отвечать устно, а можно предложить ему записывать слова на бланке. Учитывается время.

Инструкция очень проста: «Вот ряд слов. К каждому слову нужно придумать слово противоположного значения. Вот, например...» — и экспериментатор вместе с больным разбирает 2—3 примера.

3. При истолковании результатов учитывается, прежде всего, сохраняет ли больной заданную ему инструкцию или по ходу выполнения задания «сбивается» с направленного хода ассоциаций на свободный. В норме они не встречаются, и при составлении заключения они должны быть отмечены, так как выявляют нестойкость, ненаправленность мышления больных в целом. Колебания внимания могут нарастать к концу опыта, и это свидетельствует об утомляемости.

Второе, что учитывается при истолковании результатов пробы, это степень дифференцированности, точности подбираемых больным противоположных понятий. Так, например, в качестве противоположного к слову «просить» больной может назвать слова «разрешать», «требовать», «отказываться» и «приказывать», и правильный выбор противоположного понятия требует в данном случае сложного логического рассуждения. К слову «спе-

ПРОТИВОПОЛОЖНОСТИ

(образец бланка)

Фамилия И.О. ____________________ Дата ________________

Против каждого из данных слов напишите слово противоположного значения:

1. Тупой ________________
2. Тонкий ________________
3. Грязный ________________
4. Исчезновение ____________
5. Чужой ________________
6. Низ ________________
7. Крупный ________________
8. Враг ________________
9. Младший ________________
10. Отталкивать ____________
11. Удаление ____________
12. Высокий ____________
13. Внешний ____________
14. Твердый ____________
15. Сухой ________________
16. Красивый ____________
17. Исправление ____________
18. Множить ____________
19. Громкий ____________
20. Спокойствие ____________
21. Сходство ____________
22. Меньшинство ____________
23. Поднимать ____________
24. Беречь ________________
25. Разрешать ____________
26. Скупой ________________
27. Починять ____________
28. Порицание ____________
29. Голод ________________
30. Забывать ________________
31. Легко ________________
32. Победа ________________
33. Бодрость ________________
34. Просторно ____________
35. Приказывать ____________
36. Исключительный ________
37. Мирить ________________
38. Неуклюжий ____________
39. Разрушать ____________
40. Суживать ____________
41. Спешить ____________
42. Горе ________________
43. Спор ________________
44. Наступление ____________
45. Истина ________________
46. Скрытность____________

шить» подбирают иногда «отставать», «опаздывать», хотя нужно «медлить» и т. д.

Интеллектуально сниженные больные с малым словарным запасом и слабостью инициативы ограничиваются в этой пробе тем, что прибавляют к заданному слову приставку «не». Например: высокий — невысокий, спешить — не спешить и т. д.

Проба пригодна и даже рекомендуется для повторного проведения (при условии предварительной подготовки равнотрудных вариантов).

Показатели времени используются главным образом для оценки утомляемости больных.

Приводим пример: бланк, заполненный больной, перенесшей органическое заболевание мозга (энцефалит). В период исследования она работоспособна, но утомляема.

Против каждого из данных слов напишите слово противоположного значения:

1. Тупой — *умный*
2. Тонкий — *толстый*
3. Грязный — *чистый*
4. Исчезновение — *появление*
5. Чужой — *свой*
6. Низ — *верх*
7. Крупный — *маленький*
8. Враг — *товарищ— друг*
9. Младший — *старший*
10. Отталкивать — *приближать*
11. Удаление — *приближение*
12. Высокий — *низкий*
13. Внешний — *внутренний*
14. Твердый — *мягкий*
15. Сухой — *влажный*
16. Красивый — *некрасивый*
17. Исправление — *наказание*
18. Множить — *увеличивать*
19. Громкий — *тихий*
20. Спокойствие — *беспокойство*
21. Сходство — *родство*
22. Меньшинство — *большинство*
23. Поднимать — *опускать*
24. Беречь — *не сберечь*
25. Разрешать — *проверять, развернуть*
26. Скупой — *жадный, добрый*
27. Починять — *сделать, разорять, разбить*
28. Порицание — *поругание, поощрение*
29. Добродетель — *жадный*
30. Забывать — *не помнить, помнить*
31. Легко — *просто, трудно*
32. Победа — *цель радость— провал*
33. Бодрость — *веселье, настроение*
34. Просторно — *свободно*
35. Приказывать — *говорить*
36. Исключительный — *особенный, внемлющий*
37. Мирить — *сводить, ссорить*

38. Неуклюжий — *неповоротливый*
39. Разрушать — *разорить*
40. Суживать — *уменьшать*
41. Спешить — *поторапливать*
42. Горе — *беда*
43. Спор — *полемика, дискуссия*
44. Наступление — *продвижение*
45. Истина — *правда*
46. Скрытность — *таить*

Инструкция понята и вначале правильно выполняется, но по мере утомления ассоциации больной теряют свою направленность.

ОБУЧАЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Этот эксперимент не может рассматриваться как отдельная методика; это скорее особый принцип построения эксперимента, который может быть применен при видоизменении любой из методик.

Этот принцип, предложенный Л.С. Выготским, разрабатывается в различных направлениях разными авторами как в Советском Союзе, так и за рубежом. В патопсихологии детского возраста он разрабатывался Н.И. Непомнящей, для диагностики умственной отсталости — А.Я. Ивановой. На основе этого принципа экспериментальная методика перестраивается следующим образом: избираются заведомо трудные для больного (чаще всего ребенка) задания, а затем экспериментатор помогает ребенку сделать эту задачу, обучает его решению. Помощь экспериментатора строго регламентирована в виде фиксированных инструкцией кратких «уроков». В отличие от обычных методик, в которых показателями для анализа являются типы ошибок и способы решений заданий, при обучающем эксперименте показателями, характеризующими обучаемость ребенка, являются количество и качество помощи, необходимой ему для правильного выполнения заданий.

Одним из примеров методики, построенной по принципу обучающего эксперимента, является классификация фигур.

КЛАССИФИКАЦИЯ ФИГУР

1. Методика была в 1954 г. предложена Ю.Ф. Поляковым для исследования процесса обобщения в наглядном и словесном плане. В последние годы методика была переработана А.Я. Ивановой по принципу обучающего эксперимента*.

2. Для исследования нужны два набора по 24 карточки в каждом с изображением геометрических фигур, отличающихся тремя признаками: цветом, формой и величиной (см. приложение). К первому, основному, набору прилагается сводная таблица с изображением всех фигур данного набора (см. приложение). Необходим также секундомер.

3. Инструкция и порядок проведения эксперимента.

Основное задание. Исследуемому мельком показывают карточки и говорят: «Их надо разложить на 3 группы — подходящие с подходящими. Сначала посмотри на эту доску — тут они все нарисованы — и подумай, как будешь делать».

Ориентировочный этап. Ребенку показывают таблицу 30 секунд.

I задача. *Ребенку дают в руки карточки (можно еще раз повторить инструкцию: «Разложи их на три или четыре группы»). После этого действия ребенка регистрируются в протоколе в течение 30 секунд. Если в это время ребенок сидит совершенно неподвижно или, наоборот, действует чрезмерно поспешно и хаотично, то экспериментатор может оказать организующую помощь в виде «организующего урока»: «Выложи несколько карточек на стол» или: «Не спеши, выкладывай аккуратнее, по одной». В протоколе следует отметить это.*

Экспериментатор выжидает 30 секунд и, если правильная раскладка не начата, дает 1-й урок. Каждый следующий урок— 2-й, 3-й, 4-й, и т. д. — дается только в том случае, если ребенок за 30 секунд не начнет самостоятельно правильно действовать.

1-й урок. *Экспериментатор отбирает из карточек, лежащих на столе, две отличающиеся только одним признаком (например,*

* Текст описания методики также составлен А.Я. Ивановой.

большой зеленый треугольник и большой красный треугольник) и говорит: «Чем отличаются эти карточки, чем они не похожи?.. Они отличаются цветом» (если ребенок сам не доканчивает мысль). Это и есть содержание 1-го урока — указание на один различительный признак. После этого в протоколе фиксируются высказывания и дальнейшие действия ребенка — 30 секунд. Если правильная раскладка не начата, дается 2-й урок.

2-й урок. *Из других лежащих на столе карточек выбирается такая, которая сходна с одной из двух первых по цвету (например, большой красный ромб). Экспериментатор предъявляет ее ребенку со словами: «Куда мы положим эту карточку, сюда или сюда?» — и, если ребенок не может уловить мысль, продолжает: «Мы положим ее сюда, к красному, потому что она тоже красная». Это и есть содержание второго урока — указание на сходство двух карточек по цвету. После этого протоколируются дальнейшие высказывания и действия ребенка — 30 секунд.*

3-й урок. *Экспериментатор добавляет к уже отложенным еще карточку — желтого цвета и,начав таким образом все три группы, говорит: «Сюда будем класть все красные, сюда — зеленые, а сюда — желтые». Это содержание 3-го урока — прямой, наглядный показ того, как надо действовать. После этого протоколируются дальнейшие высказывания и действия ребенка — 30 секунд.*

4-й, 5-й, 6-й и т. д. уроки *— это укладка каждой последующей карточки, сделанная самим экспериментатором (с соответствующими словесными пояснениями). В протоколе фиксируются номер урока и дальнейшие действия ребенка.*

По окончании раскладки отмечается общее время, затраченное на это. Необходимо, чтобы ребенок дал словесный отчет о проделанной работе в виде завершающей «словесной формулировки». Если он этого сделать не может, то экспериментатор обязательно дает ее сам: «Значит, мы разложили карточки на зеленые, красные и желтые — по цвету». Но в протоколе фиксируются слова ребенка.

II задача. *Карточки отбираются, перемешиваются и предъявляются вновь с инструкцией: «А теперь разложи их по-другому,*

тоже подходящие с подходящими, но уже на четыре группы». Затем в течение 30 секунд протоколируют самостоятельные поиски ребенка и оказывается организующая помощь в виде «организующего урока»: «Выложи несколько карточек на стол» или: «Не спеши, выкладывай по одной». Отмечается в протоколе.

Если за это время ребенок делает попытки прибегнуть к предыдущему признаку, то это фиксируется в протоколе как «проявление инертности».

***1-й урок.** Из карточек, лежащих на столе, отбирают две, отличающиеся одним признаком (например, большой зеленый круг и большой зеленый квадрат) — формой. Их предъявляют ребенку со словами: «Чем они отличаются?» и после паузы поясняют: «Одна — квадрат (кубик), а другая — кружок». После этого протоколируют действия ребенка— 30 секунд.*

***2-й урок.** Экспериментатор выбирает третью карточку, сходную с одной из первых двух по форме (например, большой желтый квадрат), и предъявляет ребенку со словами: «Эту карточку куда надо положить — сюда или сюда?» и после паузы говорит: «Положим ее к этому квадрату, потому что она тоже квадрат (кубик)». После этого фиксируются высказывания и действия ребенка — 30 секунд.*

***3-й урок.** Экспериментатор добавляет еще две карточки других форм и говорит: «Будем собирать по форме— все круги вместе, все квадраты, треугольники, ромбы («конфетки»)». В протоколе фиксируются действия ребенка — 30 секунд.*

***4-й, 5-й, 6-й уроки** обозначаются как укладка каждой последующей карточки (с соответствующими словесными пояснениями), сделанная при необходимости самим экспериментатором.*

Протоколируются номер урока и дальнейшие действия ребенка. По окончании раскладки отмечается общее время, затраченное на это. Словесный отчет ребенка о проделанной работе фиксируется в протоколе в виде завершающей «словесной формулировки». Если ребенок этого сделать не сможет, то экспериментатор должен сказать сам: «Мы разложили карточки на четыре группы по форме — круги, квадраты, ромбы, треугольники». Но в протокол заносятся слова ребенка.

III задача. *Карточки отбираются, перемешиваются и предъявляются вновь с инструкцией: «Снова разложи их, что к чему подходит, но уже по-другому — на две группы». Затем 30 секунд протоколируются самостоятельные поиски ребенка. Если он делает попытки использовать предыдущие признаки, то это фиксируется в протоколе как «проявление инертности» с указанием, какой именно признак используется. При необходимости в это время можно дать организующую помощь («организующий урок»): «Выложи несколько карточек на стол» или: «Не спеши, выкладывай по одной».*

1-й урок. *Экспериментатор из карточек, лежащих на столе, отбирает две,отличающиеся одним признаком — величиной (например, большой красный круг и малый красный круг), и предъявляет их ребенку со словами: «Чем они отличаются?» и после паузы: «Они отличаются размером — один большой, а другой — маленький». После этого протоколируются действия ребенка.*

2-й урок. *Экспериментатор выбирает третью карточку, сходную с одной из первых двух по этому же признаку — величине (например, маленький зеленый квадрат), и предъявляет ребенку со словами: «Куда эту карточку положим?» и после паузы: «Положим ее к маленькому кружочку, потому что она тоже маленькая».*

3-й урок. *Экспериментатор берет четвертую карточку, сходную с третьей по величине, и укладывает ее на место со словами: «Все большие будем класть вместе, все маленькие — тоже вместе». После этого он протоколирует действия ребенка.*

4-й, 5-й, 6-й уроки *обозначаются как укладка каждой последующей карточки, сделанная при необходимости самим экспериментатором.*

В протоколе фиксируются номер урока и дальнейшие действия ребенка. По окончании раскладки отмечается время, затраченное на эту задачу, и наличие у ребенка завершающей «словесной формулировки».

Если ребенок не может сформулировать словами способ работы, то экспериментатор делает это сам. Но в протоколе фиксируются высказывания ребенка.

Все карточки убираются.

Аналогичное задание. *Ребенку предъявляется второй набор со словами: «Ты уже научился складывать карточки. Это — такие же, их тоже можно раскладывать на группы по разным признакам. Сделай это или расскажи, как будешь делать».*

Не следует ни называть признака, ни оговаривать количество групп. Участие экспериментатора может проявиться лишь в том случае, если ребенок, указав один признак или разложив карточки, проявляет некоторую пассивность. Тогда экспериментатор, перемешав карточки, может задать вопрос: «А еще как можно сделать?», стимулируя тем самым продолжение работы.

В протоколе фиксируется общее время выполнения этого задания и его конечный результат в одном из следующих вариантов:

1. Перенос полный, в словесной форме.

2. Перенос частичный, в словесной форме (при выделении не менее двух признаков).

3. Перенос полный, в действиях.

4. Перенос частичный, в действиях.

5. Перенос отсутствует (если указан только один признак или не выделен ни один).

4. Анализ экспериментальных данных по этой методике довольно прост. Учитываются три главных показателя: 1) использование ориентировочного этапа (планирует ли ребенок предстоящую ему работу за те 30 секунд, которые ему даны на рассматривание таблицы, или смотрит в это время в окно, вообще тратит время зря); 2) какое количество «уроков-подсказок» требуется ему для выполнения всех трех задач. Опыт показывает, что психически полноценные дети нуждаются в 1—6 уроках; а умственно отсталые — в 8—17 уроках; 3) перенос; самостоятельное полное решение второго аналогичного задания доступно здоровым детям и плохо удается детям-олигофренам.

Помимо выявления умственной отсталости, данный эксперимент еще очень продуктивен при выявлении инертности психических процессов, свойственной эпилептикам. Инертность проявляется в том, что, выполнив классификацию фигур по цвету, испытуемый и вторую и третью задачи пытается выпол-

Классификация фигур

ПРОТОКОЛ

«__» _____ _________ г. Фамилия _______________

	Действия испытуемого	Примечание
Ориентировочный этап		
Основное задание		
I задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		
II задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		
III задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		
Аналогичное задание		
I задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		
II задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		
III задача		
1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		

нить, ориентируясь на цвет, либо так же «застревает» на признаке формы.

Литература

Иванова А.Я. Обучающий эксперимент как метод психологического исследования детей с аномалиями психического развития. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Иванова А.Я. «Обучающий эксперимент» как принцип оценки умственного развития детей. Канд. дисс. МГУ, 1968.

Лебедева В.И. Апробация методики классификации фигур. Курсовая работа МГПИ, 1966.

«КЛИПЕЦ»

1. Методика предложена и апробирована польским психологом Левицким. Направлена на выявление способности к абстрагированию у детей и взрослых с небольшим образовательным уровнем. В последние годы апробирована и видоизменена дефектологами Т.И. Гудилиной и Т.К. Гриньковой. По построению является обучающим экспериментом.

2. Для проведения опыта нужно приготовить 26 небольших карточек, на которых красками или аппликацией изображены различные по сочетанию форм и красок орнаменты (см. приложение). Среди них 6 карточек, на которых в центре изображен черный квадрат на фоне различных, иных по цвету прямоугольников. Нужен также секундомер.

3. Методика проводится в двух различных вариантах, обладающих существенными, можно сказать, принципиальными отличиями.

Первый (закрытый) вариант строится так. Без каких-либо предисловий или указаний цели и задачи опыта больному показывают одну из карточек, на которых изображен в центре черный квадрат, и говорят: «Эта карточка называется “Клипец”. Это просто название ее, само слово ничего не означает». Затем показывают вторую карточку, с иным узором, и говорят: «А это не “Клипец”» — и кладут ее поверх первой, закрывая ее. Дальше опыт идет так. Больному показывают заранее

перенумерованные карточки по одной и каждый раз спрашивают: «А это "Клипец" или нет?» Каждый ответ больного корригируется экспериментатором, т. е., если больной называл «Клипцем» иную карточку, без черного квадрата внутри, ему говорят: «Нет, это не "Клипец"». Если он сказал, что это не «Клипец», подтверждают: «Правильно, это не "Клипец"» и т. д.

После просмотра всех 26 карточек больного спрашивают: «Так какие карточки называются "Клипец"?» Если больной отвечает правильно, т. е. говорит, что это карточки с черным квадратом в середине, опыт считается законченным.

В некоторых случаях, если по называнию карточек очевидно, что больной уже выделил «Клипец» из остальных фигурок, но словесно сформулировать, какие фигурки называются «Клипец», ему трудно, можно для контроля предложить больному просто выбрать из всех карточек все «Клипцы».

Второй (открытый) вариант отличается тем, что первая карточка «Клипец» не накрывается следующей, а все время эксперимента остается открытой.

В остальном эксперимент идет точно так же, как и при закрытом варианте. Это, казалось бы, небольшое различие методики опыта коренным образом меняет его психологическую суть. При открытом варианте больной может каждый раз сравнивать взором следующую карточку с заданным образцом «Клипец». При этом не требуется сохранения в памяти образца, процесс абстрагирования как бы освобождается от влияния памяти.

4. При исследовании психически здоровых исследуемых, как взрослых, так и детей, выявилось, что даже при закрытом варианте решение достигается на протяжении 1—2, редко 3 просмотров 26 карточек. Дети-олигофрены с трудом выполняют это задание даже после 4—5 просмотров. Закрытый вариант вообще труднее открытого. Однако обнаружилось, что для олигофренов разница между вариантами не имеет большого значения. Даже открытый вариант олигофрены выполняют с трудом. Между тем для больных с последствиями органических заболеваний мозга (как для детей, так и для взрослых больных с сосудистой патологией) очень велико различие между открытым и закрытым вариантом методики. Если открытый вариант

они решают почти как здоровые, то в решении закрытого приближаются к олигофренам.

Образец протокола
(открытый вариант)

1	2	3	4	5	6
1					
2	+	+			
3	+	+			
4 –	–	+			
5 –	+	+			
6 +	+	+			
7 +	–	+			
8 –	+	+			
9 –	–	+			
10 +	+	+			

Примечание. В левом столбце указаны номера карточек. Во втором — помечены знаком «+» правильные ответы больных, а знаком «—» ошибочные при первом предъявлении карточек, затем то же при втором, третьем и т. д.

Литература

Гринькова Т.К. Апробация методики «Клипец». Курсовая работа МГПИ имени В.И. Ленина. 1965.

Гудилина Т.И. Апробация методики «Клипец». Курсовая работа МГПИ имени В.И. Ленина. 1965.

Lowicki Andrzej. Rola abstrakcji pozytywnej i negatywnej w procesie uczenia sie nowych pojec. Варшава, 1962.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАМЯТИ

ЗАУЧИВАНИЕ ДЕСЯТИ СЛОВ

1. Эта методика одна из наиболее часто применяющихся. Предложена А.Р. Лурия. Используется для оценки состояния памяти больных, утомляемости, активности внимания.

2. Никакого специального оборудования не требует. Однако в большей мере, чем при остальных методиках, необходима тишина: при наличии каких-либо разговоров в комнате опыт проводить нецелесообразно. Перед началом опыта экспериментатор должен записать в одну строчку ряд коротких (односложных и двухсложных) слов (см. образец бланка). Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи. Обычно каждый экспериментатор привыкает к какому-либо одному ряду слов, но желательно пользоваться не одним, а несколькими наборами, чтобы больные не могли их друг от друга услышать.

3. Инструкция состоит из нескольких этапов. В данном опыте необходима очень большая точность и неизменность произнесения инструкции и соблюдения условий опыта.

Первое объяснение. «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор в своем протоколе

ЗАУЧИВАНИЕ 10 СЛОВ

(образец бланка)

«____» ________________ г.   Фамилия ____________________

№ № повто-рений	ПЫЛЬ	ШАР	ЗИМА	ДОМ	МУХА	ЛИСТ	КОЛЬЦО	СЫР	ВОДА	ЗОНТ	Кол-во слов	Добавоч-ные слова	Примечание
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
Через час													



ставит крестики под этими словами (см. форму протокола). Затем он продолжает инструкцию (второй этап).

Продолжение инструкции. «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их — и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, — все вместе, в любом порядке».

Экспериментатор снова ставит крестики под словами, которые повторил исследуемый. Затем опыт снова повторяется 3, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

В случае если исследуемый называет какие-либо лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если слова эти повторяют, — ставит и под ними крестики.

В случае если исследуемый пытается вставлять в процессе опыта какие-либо реплики, экспериментатор останавливает его; никаких разговоров во время этого опыта допускать нельзя.

После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, т. е. примерно спустя 50—60 минут, снова спрашивает у исследуемого эти слова (без напоминания). В результате протокол опыта принимает примерно следующий вид:

	Лес	Хлеб	Окно	Стул	Вода	Брат	Конь	Игла	Гриб	Мед	Огонь
1	+		+		+	+					+
2	+		+			+			+		+
3	+	+			+	+			+		
4	+	+									0
5	+	+			+	+			+	+	
Через час		0				0			0		

По этому протоколу может быть составлена «кривая запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикальной — число правильно воспроизведенных слов.

По данному примерному протоколу кривая примет следующий вид (рис. 22).

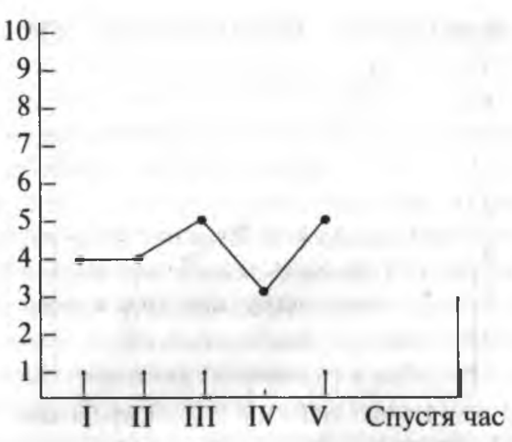


Рис. 22 (объяснение в тексте)

4. По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания больных. На большом количестве здоровых исследуемых установлено, что у здоровых людей, как взрослых, так и детей школьного возраста, кривая запоминания носит примерно такой характер: 5, 7, 9, или 6, 8, 9 или 5, 7, 10 и т.д., т. е. к третьему повторению исследуемый воспроизводит 9 или 10 слов и при последующих повторениях удерживается на числах 9 или 10. В приведенном протоколе кривая (4, 4, 5, 3, 5) свидетельствует о плохой памяти и инактивности больного. Кроме того, в этом протоколе отмечено, что исследуемый воспроизвел одно лишнее слово «огонь» и в дальнейшем при повторении «застрял» на этой ошибке.

Такие повторяющиеся «лишние» слова, по наблюдениям некоторых психологов, встречаются при исследовании больных, страдающих текущими органическими заболеваниями мозга, а также иногда у больных шизофренией в период интенсивной медикаментозной терапии. Особенно много таких «лишних» слов продуцируют дети в состоянии расторможенности и взрослые по окончании или перед началом синдромов расстройств сознания.

«Кривая запоминания» может указывать и на ослабление активного внимания, и на выраженную утомляемость больных. Так, например, иногда больной ко второму разу воспроизводит

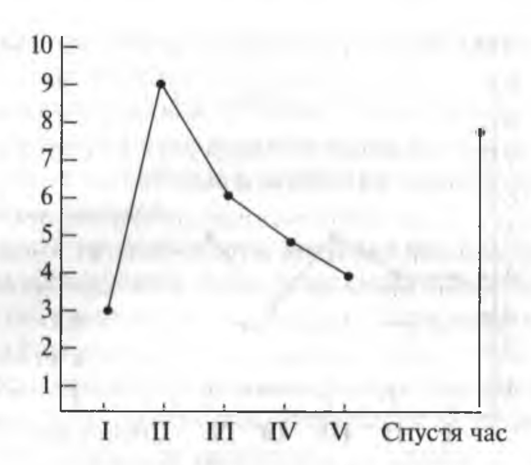


Рис. 23 (объяснение в тексте)

8 или 9 слов, а затем после каждой пробы воспроизведения — все меньше и меньше. В жизни такой больной страдает обычно забывчивостью и рассеянностью, но в основе его забывчивости лежит преходящая астения, истощаемость внимания. Истощаемость внимания больных не обязательно проявляется в кривой с резким спуском вниз (рис. 23), иногда кривая принимает зигзагообразный характер, свидетельствующий о неустойчивости внимания, о его колебаниях.

В отдельных, сравнительно редких случаях больные воспроизводят одно и то же количество одних и тех же слов. Кривая имеет форму плато. Такое отсутствие нарастания удержания слов после их повторения свидетельствует об эмоциональной вялости больных; нет отношения к исследованию, нет заинтересованности в том, чтобы запомнить побольше. Кривая типа низко расположенного плато наблюдается при паралитических синдромах.

Число слов, удержанных и воспроизведенных исследуемым час спустя после повторения, в большей мере свидетельствуют о памяти в узком смысле слова, т. е. о фиксации следов воспринятого.

Литература

Зейгарник Б.В. Труды Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. Т. 22. М.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М., 1962.

ОПОСРЕДОВАННОЕ ЗАПОМИНАНИЕ *(по Леонтьеву)*

1. Методика предложена А.Р. Лурия и Л.С. Выготским, разработана и апробирована А.Н. Леонтьевым.

Применяется для исследования памяти, но оказалась также очень продуктивной для анализа особенностей ассоциации больных, т. е. для характеристики мышления. Похожа на пиктограмму, отличается большей доступностью для малограмотных больных.

2. Для проведения эксперимента необходимо иметь наборы изображений предметов (картинки) и наборы слов (см. приложение). В психиатрической клинике используются обычно третья и четвертая серии из числа апробированных А.Н. Леонтьевым. Рисунки могут быть изготовлены по образцам лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, но могут быть без особого ущерба для дела изготовлены и кустарно, лишь бы рисунки были четкими, хорошо видными на карточках размером приблизительно 5 х 5 см каждая. Менять слова, предлагающиеся для запоминания, не следует, поскольку методика очень тщательно апробирована.

Набор карточек третьей серии: диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка земляники, ручка для перьев, самолет, географическая карта, щетка, лопата, грабли, автомобиль, дерево, лейка, дом, цветок, тетради, телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, телега, настольная электрическая лампа, картина в раме, поле, кошка.

Слова для запоминания в третьей серии: свет, обед, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, урок, ночь, мышь, молоко, стул, дорога.

Четвертая серия несколько труднее, но и интереснее для выявления особенностей мышления.

Набор карточек четвертой серии: полотенце, стул, чернильница, велосипед, секундомер, глобус, карандаш, солнце, рюмка, обеденный прибор, расческа, тарелка, зеркало, перья (2 штуки), поднос, дом-булочная, фабричные трубы, кувшин, забор, собака, детские штанишки, комната, носки и ботинки,

перочинный нож, гусь, уличный фонарь, лошадь, петух, черная доска (школьная), рубашка.

Слова для запоминания четвертой серии: дождь, собрание, пожар, день, драка, отряд, театр, ошибка, сила, встреча, ответ, горе, праздник, сосед, труд.

3. Инструкция и порядок проведения опыта. Перед больным раскладывают рядами все 30 карточек серии в любом порядке, но так, чтобы все они были видны ему. Затем говорят: «Вам нужно будет запомнить ряд слов. Для того чтобы легче было запоминать слова, нужно каждый раз, когда я назову слово, выбрать какую-либо одну из карточек, такую, чтоб она помогла вспомнить заданное слово.

Вот, например, первое слово, которое нужно запомнить — дождь. Здесь дождь нигде не нарисован, но можно выбрать карточку, которая поможет запомнить это слово». Когда больной выбрал карточку, ее откладывают в сторону и спрашивают: «Как эта карточка напомнит про дождь?» Если больной приступает к работе неохотно, то такие вопросы можно задавать начиная с третьего или четвертого слова. Все отобранные карточки откладывают в сторону. Спустя 40 минут или час, т. е. перед концом исследования, после того как проделаны какие-либо совсем другие эксперименты, больному показывают по одной эти карточки в перемешанном порядке, просят припомнить, для какого слова эта карточка была отобрана, и обязательно спрашивают, как удалось припомнить или чем эта карточка напомнила заданное слово.

Форма протокола опыта

Слова	Выбираемая карточка	Объяснение связи для запоминания	Воспроизведение	Объяснение связи

Пояснение к протоколу. Слова можно было бы написать заблаговременно, до начала опыта, но это не очень удобно, так как объяснение больного, вопросы экспериментатора и иные описания хода эксперимента могут оказаться различными по объему. Иногда течение опыта прерывается какими-либо дей-

ствиями и высказываниями больного, экспериментатор записывает их вдоль всех трех первых граф протокола, а затем продолжает опыт. Но разграфленный соответствующим образом лист протокола приготовить необходимо. При воспроизведении против соответствующих слов, если они воспроизведены правильно, можно ставить только крест, и, если связь ясна (например, к слову «драка» взят перочинный нож, к слову «сосед» — забор) и объяснение уже давалось при выборе карточки, спрашивать повторно излишне. Но в большинстве случаев, особенно когда воспроизведение не вполне точно, повторный опрос дает ценный материал об особенностях ассоциаций.

4. Истолкование результатов опыта. Исследование А.Н. Леонтьева направлено на сопоставление непосредственного и опосредованного запоминания у детей разного возраста и взрослых. Индивидуальные особенности исследуемых с помощью этой методики им не изучались. В приведенных им отдельных протоколах исследования видны варианты индивидуальных различий в способах выполнения заданий, однако конкретные признаки патологии памяти и мышления не были предметом исследования. Между тем методика очень продуктивна. Как правило, выполнение этого задания очень легко. Совершенно неважно, какую именно карточку выберет исследуемый; связь между словом и карточкой может носить и сугубо личный характер.

Так, например, для запоминания слова «молоко» исследуемый может выбрать рисунок коровы, так как корова дает молоко. Он может выбрать и хлеб, так как хлеб едят с молоком, и стакан, так как в него можно налить молоко. Наконец, больной может выбрать, быть может, и непонятный для экспериментатора образ дерева, но объяснить, что дерево напоминает ему о сельской жизни, а будучи в селе, он всегда пил молоко.

Здесь нет правильного или неправильного выбора, важно лишь то, что исследуемый установил содержательную смысловую связь между заданным для запоминания словом и изображенным на карточке.

Слабоумные больные, даже если они поняли инструкцию, испытывают затруднения в установлении более сложных, опосредованных связей. Так, например, сравнительно легко выбрав

для запоминания слова «лес» — ветку земляники, они никак не могут выбрать картинку для слова «ночь» или «игра». Кроме того, слабоумие (врожденное или приобретенное) проявляет себя также в том, что больному недоступен процесс опосредования; когда ему в конце опыта показывают карточку и спрашивают о том, что он должен был по ней запомнить, больной просто называет карточку. Припоминание по ассоциации оказывается для него процессом недоступным. Нередко те же больные, которые не запомнили ни одного заданного им слова и ограничились называнием отобранных карточек, относительно лучше повторяют слова при заучивании их на слух (см. методику заучивания 10 слов). При корсаковском синдроме связи могут быть установлены адекватно, но полностью забыты к моменту воспроизведения.

В противоположность такому забыванию для некоторых больных характерна резко выраженная непродуктивность ассоциаций. Так, больная шизофренией в дефектном состоянии, бухгалтер по профессии, не могла ни к одному слову найти подходящей карточки. К слову «собрание» она с большим трудом выбирает собаку и объясняет это тем, что на букву «С» — оба слова. Чтобы запомнить слово «пожар», она ищет слово на букву «ж», а затем мучительно колеблется — взять стул или карандаш. Для слова «драка» берет носки, оправдывая свой выбор перед экспериментатором тем, что можно ведь любую карточку взять, лишь бы она помогла запомнить. Для запоминания слова «день» выбирает детские штанишки. Несколько связей устанавливает относительно адекватно, но, чтобы запомнить слово «горе», после длительных сомнений, заявляя, что не знает, чтобы ей выбрать, берет тарелку. Такие «пустые», бессодержательные связи свидетельствуют о выхолощенности, непродуктивности мышления больной.

Наряду с выхолощенностью наблюдаются иногда ассоциации по случайным элементам формы рисунка. Так, например, для слова «дождь» больной выбирает расческу, так как у нее такие же ровные полоски, какие образуются при падении дождя. Для запоминания слова «ночь» он выбирает цветок, потому что он изображен художником на черном фоне.

Литература

Леонтьев А.Н. Вопросы дефектологии. 1928. № 4.

Леонтьев А.Н. Развитие высших форм запоминания. В кн.: Проблемы развития психики. М., 1965.

ПИКТОГРАММА

1. Этот метод, предложенный А.Р. Лурия, представляет собой вариант опосредованного запоминания, однако применяется он не столько для исследования памяти, сколько для анализа характера ассоциаций больных. Может быть использован для исследования больных с образованием не менее 7 классов.

2. Для проведения опыта достаточно иметь карандаш и бумагу. Нужно заранее подготовить 12—16 слов и выражений для запоминания. Примерный набор слов, которым можно пользоваться:

1. Веселый праздник
2. Тяжелая работа
3. Развитие
4. Вкусный ужин
5. Смелый поступок
6. Болезнь
7. Счастье
8. Разлука
9. Ядовитый вопрос
10. Дружба
11. Темная ночь
12. Печаль
13. Справедливость
14. Сомнение
15. Теплый ветер
16. Обман
17. Богатство
18. Голодный ребенок

Однако стандартные наборы слов применять необязательно, их необходимо немного варьировать, т. е., сохраняя основной состав слов, заменять два или три из них.

3. Больному говорят, что будет проверяться его зрительная память, спрашивают о том, замечал ли он, как ему легче запоминать — «на слух или с помощью зрения». Затем ему дают лист бумаги и карандаш и говорят: «На этой бумаге нельзя писать ни слов, ни букв. Я буду называть слова и целые выражения, которые вы должны будете запомнить. Для того чтобы легче было запомнить, вы должны к каждому слову нарисовать что-либо такое, что бы могло помочь вам вспомнить заданное сло-

во. Качество рисунка роли не играет, можно нарисовать что угодно и как угодно, лишь бы вам это смогло напомнить заданное слово — как узелок на память завязывают. Вот, например, я вам задаю первое выражение Веселый праздник». Что можно нарисовать, чтобы потом вспомнить Веселый праздник»?» Желательно без крайней необходимости ничего больше больному не подсказывать. Если он упорно жалуется на неумение рисовать, можно посоветовать: «Рисуйте, что полегче». Если больной заявляет, что он не в силах нарисовать праздник, можно повторить ему, что он не должен рисовать «веселый праздник», а лишь то, что может ему напомнить про веселый праздник. Если больной легко подбирает рисунки и сам рассказывает вслух экспериментатору, что он выбирает и как он собирается припоминать, экспериментатор молча ведет протокол. Протокол ведется по следующей схеме:

Заданные выражения	Рисунок и объяснение больного	Воспроизведение спустя час

Если же больной сам не объясняет, следует у него каждый раз спрашивать: «А как вам это поможет припомнить заданное слово?»

Не следует возражать или высказывать неодобрение, какие бы необычные связи больной ни устанавливал, но, если рисунки его слишком многопредметны, можно попросить его рисовать немного быстрее.

В процессе выполнения задания экспериментатор варьирует порядок задаваемых больному слов: смотря по тому, легко ли больной устанавливает связи, экспериментатор предлагает то более легкие, конкретные выражения («вкусный ужин», «тяжелая работа»), то более абстрактные, трудные («развитие», «сомнение», «справедливость»).

После выполнения задания (от 12 до 16 слов) листок с рисунками откладывают в сторону и лишь в конце исследования (спустя час) предлагают больному припомнить по рисункам заданные слова. Припоминание нужно предлагать не по порядку,

лучше одно — с начала, другое — с конца. Можно предложить больному записывать под рисунком слово или выражение, которое было ему задано. Обязательно следует спросить, как удалось больному вспомнить слово, чем помог ему рисунок.

4. При истолковании результатов опыта прежде всего следует обратить внимание на то, доступна ли больному обобщенная символизация слова, т. е. может ли он самостоятельно найти обобщенный опосредованный образ. В норме даже школьник с образованием 5 классов может найти такой образ; так, например, для слов «тяжелая работа» он рисует лопату или молоток, человека с грузом, для слова «сомнение» — развилку дорог (куда пойти?), или вопросительный знак, или дверь (войти ли в нее?). Для интеллектуально неполноценного больного такая задача трудна. Для слов «тяжелая работа» он хотел бы нарисовать целую сценку работы в шахте, но боится, что не сумеет это выполнить. Для слова «сомнение» он вообще ничего придумать не может. При легкой умственной недостаточности больной оказывается в состоянии нарисовать что-либо для конкретных понятий: для слова «болезнь» — кровать; для слов «вкусный ужин» — стол, тарелки. Но такие слова, как «справедливость», «сомнение», «развитие», остаются недоступными для опосредования. Такого рода проявления конкретности мышления, трудности обобщения наблюдаются при олигофрении, эпилепсии. В иных случаях больной справляется с задачей обобщения, но никак не может ограничить себя выделением одного какого-либо образа и рисует их множество.

Так, например, решая нарисовать к слову «развитие» растущее растение, он рисует не один какой-либо росток, а целую серию постепенно увеличивающихся цветов в количестве 7, 8. К слову «болезнь» он рисует кровать, и больного на подушке, и пузырек с лекарством, и еще термометр. Такие множественные ассоциации в пиктограммах свидетельствуют об обстоятельности мышления, о склонности к детализации и наблюдаются обычно у эпилептиков, а также у некоторых больных, перенесших энцефалит. Попутно отмечается, что эти же категории больных рисуют излишне тщательно и медленно, возвращаясь к прежнему рисунку и подправляя его даже тогда, когда эксперимента-

тор уже задал им следующее слово. Такие «возвращения» и стремление к ненужной тщательности рисунков также свидетельствуют об инертности психических процессов.

Вторым критерием, на котором основывается оценка выполнения данного задания, является критерий адекватности ассоциаций.

Психически здоровые люди устанавливают обычно разнообразные, но содержательные связи. Так, например, к выражению «веселый праздник» они могут нарисовать флаг или цветы, или даже бокал вина; к слову «разлука» — конверт, или паровоз, или руку, размахивающую платочком; к слову «развитие» — диаграмму роста, или растение, или младенца, или яйцо, или физкультурника. Все эти и многие другие связи одинаково хороши, так как они действительно могут служить средством припоминания заданного слова, они опосредуют его.

Но вот больной шизофренией для слова «сомнение» рисует речку и объясняет это так: «Есть романс Глинки "Сомнение", а Глинка — это есть Неглинка — речка». Такая связь носит громоздкий, заумный характер. В другом случае для запоминания слов «вкусный ужин» больной рисует туалетную комнату и в рассуждениях во время выполнения заданий приходит к этому так: «Вкусный ужин — это значит хорошо пахнет... запах... нарисую уборную». В этой ассоциации видна и парадоксальность. Другой пожилой больной для запоминания слов «теплый ветер» рисует губы и объясняет, что это «поцелуй матери». Несмотря на яркую эмоциональность, и эта ассоциация не адекватна заданию; ведь нарисованные губы не служат цели запоминания заданных слов.

В некоторых случаях выхолощенность, бессодержательность ассоциаций больных достигают такой степени, что к разным словам больные рисуют лишь черточки, галочки. Такая яркость образов наблюдается часто у лиц истерического склада, хотя не исключена и у психически полноценных людей. Некоторые больные каждое заданное им для пиктограммы слово воспринимают сквозь призму своих личных вкусов и стремлений. Так, например, больной говорит: «Теплый ветер» я вообще запомнить не могу, так как у нас на севере теплого ветра не бывает; «вкус-

ный ужин» — для меня на ужин годится только простокваша, «веселый праздник» — у меня праздников не бывает, «справедливость» — со мной поступают несправедливо» и т. д. Такая эгоцентричность восприятия наблюдается у эпилептиков и некоторых психопатов. В то же время и нормальным людям свойственна небольшая доля личной реакции, особенно на эмоционально-значимые слова.

Поэтому, если больные ко всем таким эмоционально-значимым словам подбирают совершенно нейтральные отвлеченно-общечеловеческие образы (например, «счастье» — солнце, «печаль» — плохая погода и т. д.), это можно оценить как проявление некоторой эмоциональной отгороженности, интравертированности или даже холодности.

Последний критерий, по которому производится оценка результатов исследования методов пиктограммы, — это критерий запоминания. Сама методика была создана для исследования памяти. Особый интерес представляет сопоставление результатов исследования памяти методом заучивания 10 слов и методом пиктограммы. Если больной плохо заучивает 10 слов, но гораздо лучше вспоминает слова в пиктограмме, это свидетельствует об органической слабости памяти. Усвоение нового затруднено, но возможность содержательно опосредовать, логически связать материал помогает больному, поэтому с пиктограммой он справляется лучше.

Если же больной легко усваивает 10 слов, но не может припомнить слова в пиктограмме, это свидетельствует о том, что опосредованные связи только мешают ему припоминать. Такое соотношение наблюдается у больных шизофренией с расстройством мышления и сохранностью формальных способностей усвоения нового. Некоторые выводы о памяти больного можно делать и по тому, насколько точно он воспроизводит заданные слова, — иногда больные воспроизводят лишь приблизительное содержание заданных слов.

Пиктограмму следует оценивать в целом, т. е. по общему характеру выбираемых больным образов, а не по отдельным ассоциациям. Так, например, абстрактные знаки и символы встречаются часто в пиктограммах совершенно здоровых людей. При-

ведем пример пиктограммы, составленной психически здоровой, очень способной студенткой (рис. 24). В этой пиктограмме абстрактные символы чередуются с эмоционально насыщенными, живыми, образными.

В этой пиктограмме могли бы насторожить очень абстрактные ассоциации к словам разлука и справедливость. Однако общая ее живость и разнообразие, легкость и простота оформления, наконец, полное воспроизведение всех заданных слов убеждают в том, что и эти две ассоциации были не выхолощенными, а подлинно абстрактными символами.

Совершенно иначе выглядят пиктограммы, составленные больными шизофренией с выхолощенностью и бессодержательностью ассоциаций (рис. 25). Этой больной были предложены те же слова, но их нет надобности здесь расшифровывать. Ни в момент составления пиктограммы, ни при воспроизведении (которое оказалось совершенно невозможным, несмотря на то что при заучивании 10 слов больная обнаружила хорошие возможности удержания) больная не могла объяснить, почему «веселый праздник» она сможет вспомнить по крестику, а «развитие» — по галочке, «болезнь» — по двум точкам, а «дружбу» — по одной. Некоторые больные (в большинстве случаев это свойственно больным шизофренией, но в нескольких случаях за десятки лет такие пиктограммы составляли и перенесшие энцефалит и страдавшие эпилептическими припадками) пытаются ассоциировать понятие с различными очертаниями линий. Так, например, больной (рис. 26) символизирует веселый праздник округлыми очертаниями извилистой линии (вверху) и разлуку — угловатой зигзагообразной линией (внизу). Он никак не объясняет, почему обозначает «счастье» прямой линией, упирающейся в бесформенный комок (над разлукой), а «сомнение» —

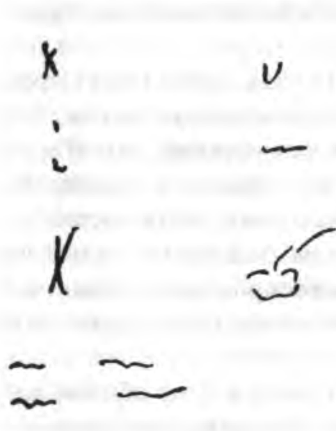
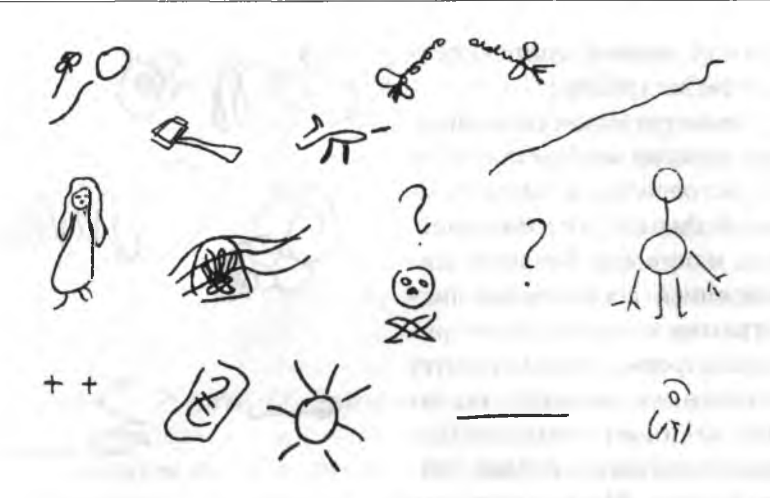


Рис. 25. Выхолощенные бессодержательные символы



Заданные слова	Рисунок	Объяснение	Воспроиз-ведение
Веселый праздник	Цветы		+
Тяжелая работа	Топор		+
Смелый поступок	Зверь	Не испугался его	+
Надежда	Девичьи косички	Все в будущем	+
Развитие	Кривая с подъемом		+
Болезнь	Больная		+
Теплый ветер	Холм	Его обвевает ветер	+
Ядовитый вопрос	Значок яда и вопрос	Яд и вопрос	+
	Вопросительный		+
Сомнение	знак		+
	Фигура ребенка		+
Больной ребенок	Два крестика		+
Разлука	Доллар		+
Богатство	Солнце		
Счастье			
Справедливость	Прямая линия	Справедливость — прямо-линейность	+
Печаль	Опущенный книзу нос		+

Рис. 24. Пиктограмма и протокол здоровой студентки

прямой линией, упирающейся в зигзаг (рядом).

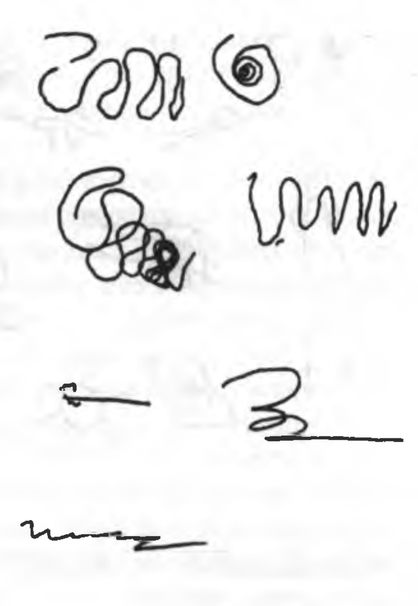


Рис. 26. *Символические зигзаги (больного шизофренией)*

Геометрическая символизация понятий вообще очень часто встречается в пиктограммах больных шизофренией. Так, например, больной шизофренией, составивший пиктограмму из одних геометрических форм, символизирует «сомнение» как круг, но затем начинает сомневаться, правильно ли он избрал диаметр круга. Он говорит, что «круг — это неуверенность», и совершенно серьезно спрашивает экспериментатора: «Как, по-вашему, будет ли неуверенность уже или шире сомнения по площади?»

Приведем примеры еще двух выхолощенных пиктограмм, составленных больными шизофренией (рис. 27 и 28). Их нет смысла расшифровывать, так как лишь отдельные штрихи — символы (на рис. 27 в центре спираль, поднимающаяся кверху, обозначает «счастье», а спускающаяся вниз рядом — «болезнь»).

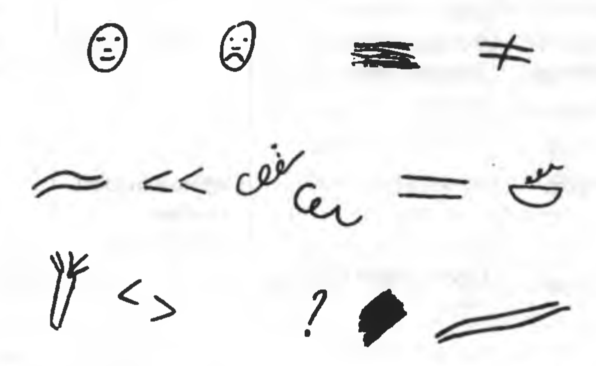


Рис. 27. Пиктограмма больного шизофренией



Рис. 28. Пиктограмма больной шизофренией

В основном же стрелки, галочки, линии, крестики и кружочки лишены объективного содержания и даже для самих больных не служат средством связи и запоминания; попытки прочитать свою пиктограмму, т. е. припомнить заданные слова оказываются безуспешными.

Следует также привести некоторые пиктограммы, которые по внешнему виду производят впечатление простых и конкретных, но при более тщательном психологическом анализе обнаруживают признаки глубокой патологии мышления. На рис. 29 изображена пиктограмма больной шизофренией с вербальным галлюцинозом.

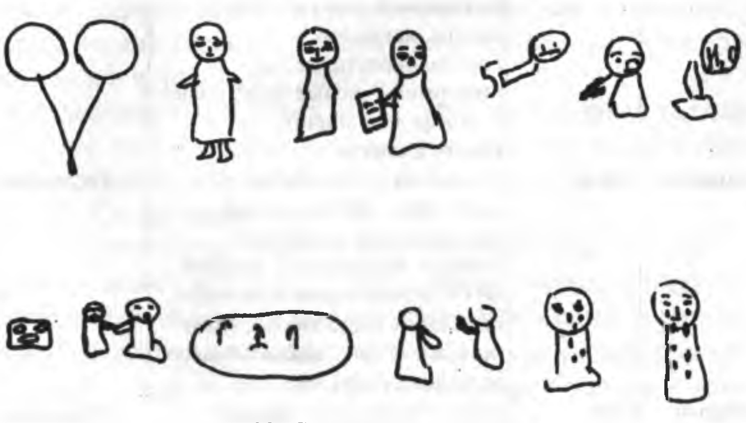


Рис. 29. Стереотипные рисунки



Рис. 30. Конкретные, но неадекватные по содержанию связи

Слова	Рисунки	Объяснения больного	Воспроизведение
Голодный мальчик	Миска	Кушает — если б он не ел, он не был бы голодным	Голод
Теплый ветер	Платье	По одежде можно судить о том, какой ветер. В платье — так тепло	+
Справедливость	Портфель	Это, когда человек стремится к чему-нибудь, а когда он опущенный, как пьяница — значит, какая это справедливость, а если стремится — ясные мысли, идет с портфелем, значит, справедливость	—
Сомнение	Забор	Сомнение — это значит незнание ... идешь к врачу, находишься в незнаниях. Человек валяется под забором, он без всяких знаний валяется... если бы не было забора, то он бы знал забор — препятствие, незнание, сомнение	Незнание
Веселый праздник	Дом	Дом — разве это не весело?	Праздник

Тяжелая работа	Голова	Полы мыть. Крашеные подтер, и все, а такие надо песком мыть — нарисую человека	Тяжелый труд
Болезнь	Кровать	Болезнь — это ничего неделание. Когда человек трудится, у него энергия. Значит, он здоров	+
Развитие		Это человек учится, работает, трудится... Раз находишься в учреждении, значит, развиваешься...	—
	Рисует вишни	Фрукты — смотришь, видишь фрукты, это уже развитие, чувствуешь вишенки	
Счастье	Голова	Скушаешь что-нибудь хорошенькое — это уже счастье и конфетку. Вот я к вам пришла — это уже счастье	—
Ядовитый вопрос	Не рисует	Это когда человек злой? Когда у него нет ничего?	
Разлука	Стол	Стол — я сижу за столом одна, это разлука, сидишь одна со своими мыслями, со своими думами — значит, разлука	Одиночество

Протокол к рисунку 30

Ассоциации больной носят конкретный, содержательный характер, но они поражают своей стереотипией как в содержании, так и в исполнении рисунков.

Последняя пиктограмма носит также конкретный характер. Расстройства мышления обнаруживаются здесь не в рисунках, а в объяснениях больной (шизофрения, дефектное состояние) (рис. 30). См. протокол на с. 170—171.

Некоторые слова больная воспроизводит приблизительно, другие не может вспомнить. Объяснения ее свидетельствуют о причудливом расплывчатом характере ассоциаций и одновременно о значительной инертности их, так как на выбор некоторых новых образов влияют предшествующие образы и мысли больной (болезнь — труд, пьяница — забор).

В целом методика «пиктограммы» очень многогранна, она позволяет делать многие наблюдения относительно существенных особенностей психики больных.

Литература

Биренбаум Г.В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления. В сб.: Новое в учении об агнозии, апраксии и афазии. М., 1934.

Зейгарник Б.В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.

Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ РАССКАЗОВ

1. Методика применяется для исследования понимания и запоминания текстов, особенностей устной и письменной речи испытуемых.

2. Для проведения опытов экспериментатор должен заготовить значительное количество (10—15) текстов, напечатанных на машинке и наклеенных на картонки, а также написанных очень крупным шрифтом на плакатиках. Должны быть подобраны тексты разной трудности. Больше всего подходят басни и рассказы, имеющие иносказательный смысл либо подтекст, представляющие возможность последующего обсуждения. Несколько примеров таких рассказов приведены далее.

3. Порядок проведения пробы может быть различен. Текст может быть прочитан исследуемому экспериментатором либо исследуемый сам может читать текст. Можно попросить исследуемого рассказать текст устно, а можно предложить ему записать свой пересказ. От способа предложения меняется психологическая трудность задачи; выразительное, правильное чтение экспериментатора облегчает исследуемому понимание смысла рассказа, но для восприятия «на слух» необходимо большее напряжение, большая устойчивость внимания. При самостоятельном же чтении текста больному легче компенсировать недостатки внимания; он может повторно перечесть несколько строк, вернуться к отрывку, прочитанному в первый раз недостаточно внимательно. И напротив, осмысление текста при самостоятельном

чтении несколько труднее. Небезразличен для больного и способ воспроизведения; рассказать текст, конечно, гораздо легче, чем изложить его письменно. Устный рассказ экспериментатор записывает дословно с помощью магнитофона или рукописно. Возможно множество вариаций. Могут быть даны два рассказа подряд. Главное внимание может быть смещено с самостоятельного пересказа на обсуждение, т. е. на вопросы и ответы по поводу содержания рассказа. Наибольший интерес представляет методика обучающего эксперимента, применяемая в тех случаях, когда больной никак не может усвоить содержание короткого рассказа. Тогда экспериментатор начинает многократно повторять рассказ, стараясь всеми возможными способами довести его содержание до сознания больного. Анализ средств заучивания, необходимых для усвоения рассказа, позволяет судить о причинах и степени нарушения познавательных процессов.

4. Некоторые больные (чаще всего больные шизофренией) при воспроизведении рассказов вплетают свои бредовые идеи или истолковывают содержание рассказов как обидные намеки на события собственной жизни. В таких случаях судить о возможности понимания и запоминания текста трудно. Существует обширная литература (Л.В. Занков, Г.М. Дульнев, Б.П. Пинский) по вопросу о воспроизведении текстов умственно отсталыми детьми.

Грубые ошибки при воспроизведении, заключающиеся в замене одних действующих лиц рассказа другими, в слиянии и смешении событий двух разных рассказов, а также в искажении обстоятельств — при сравнительно метком понимании подтекста — наблюдаются у больных, страдающих сосудистыми и иными органическими заболеваниями мозга. Таков, например, пересказ больной с опухолью головного мозга: «Галка решила познакомиться поближе с жизнью голубей: она выкрасилась в белый цвет и прилетела в голубятню. Ее встретил голубь и спросил, что она хочет. Она ответила, что она хочет кушать; голубь накормил ее, и она захотела улететь домой. В это время подполз муравей и укусил галку за ногу».

Некоторые больные заявляют, что забыли рассказ и ничего не могут воспроизвести, хотя при наводящих вопросах и не-

большой помощи обнаруживается, что они поняли и запомнили все существенное. Большую помощь этим больным может оказать повторное чтение текста.

Иногда при воспроизведении текста больные допускают ошибки, подчеркнуто противоречащие заданному тексту, излагают обстоятельства, прямо противоположные действительным, совершенно невероятные, но близкие к тексту. Например, вместо «муравей укусил охотника» «охотник укусил муравья». Такого рода ошибки допускают иногда больные, аггравирующие расстройства памяти, или исследуемые, симулирующие психическую болезнь во время судебно-психиатрической экспертизы.

Значительный интерес представляют выявляемые с помощью этой простой методики особенности устной и письменной речи больных. Иногда (даже у высококультурных, образованных людей) выявляется своеобразный аграмматизм — искаженные, неуместные сочетания слов, напоминающие разорванность речи шизофреников. Такие особенности речи при изучении их методом пересказов поддаются анализу; выявляется, что они обусловлены множеством парафазий, персевераций типа застреваний, повышенной потребностью в выражении мысли, при инертности нервных процессов, препятствующей свободному подбору слов. Чаще всего такие особенности речи выявляются при сосудистых заболеваниях мозга. При письменном изложении у тех же сосудистых больных можно заметить персеверации, пропуски букв.

Больные шизофренией (которые в состоянии ремиссии не обнаруживают явных расстройств мышления в устной речи), начав письменный пересказ, иногда обнаруживают расстройства мышления.

Исследования особенностей речи больных с помощью магнитофонных записей пересказов проводил Ю.Ф. Поляков (Москва) и М.С. Болотовский (Казань).

Литература

Занков Л.В. Память. Учпедгиз. М , 1949.

Дульнев Г.М. О значении намерения для точности и полноты воспроизведения текста. В сб.: Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых детей. Учпедгиз. М., 1940.

ПРИМЕРЫ РАССКАЗОВ ДЛЯ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ

ЛОГИКА

Студент приехал на каникулы домой. Он нашел отца в кухне, где старик собирался приготовить себе яичницу из трех яиц.

Отец спросил сына: «Расскажи, чему ты обучался в городе?» Сын ответил, что он изучал логику. Отец не знал, что такое «логика», и попросил объяснить ему, в чем заключается эта наука.

Сын ответил: «Я тебе сейчас объясню, что это такое, и логически докажу, что у тебя в миске не три, а пять яиц. Слушай только меня внимательно. Вот у тебя в миске три яйца. Ты же знаешь: число три содержит в себе число два. А два яйца да три яйца составляют вместе пять яиц».

«Ну сынок, — отвечал отец, — вижу, что тебя обучили делу. Я сейчас сделаю себе яичницу из трех яиц, а ты готовь себе яичницу из остальных двух яиц, которые ты отыскал в моей миске по своей логике».

ДВА ТОВАРИЩА

Шли по лесу два товарища, и выскочил на них медведь. Один бросился бежать, влез на дерево и спрятался, а другой остался на дороге. Делать было ему нечего — он упал наземь и притворился мертвым.

Медведь подошел к нему и стал нюхать: он и дышать перестал. Медведь понюхал ему лицо, подумал, что мертвый, и отошел. Когда медведь ушел, тот слез с дерева и смеется:

— Ну что, — говорит, — медведь тебе на ухо говорил?

— А он сказал мне, что плохие люди те, которые в опасности от товарищей убегают.

ПЛОХОЙ СТОРОЖ

У одной хозяйки мыши поели в погребе сало. Тогда она заперла в погреб кошку. А кошка поела и сало, и мясо, и молоко.

ВЕЧНЫЙ КОРОЛЬ

Один надменный король сказал другому королю:

— Как ты смешон и мал! Тебе никто не воздает королевских почестей. Тебя даже не называют «Ваше величество». Какой же ты король?

— Увы! — ответил тот. — Между тем я самый известный король из всех королей. Меня знает весь свет. Обо мне написаны тысячи книг. Я беспрерывно нахожусь в сражениях, но меня никто не назовет кровавым королем. Побеждая, я не проливаю ничьей крови. Оказываясь побежденным, остаюсь невредимым. Пусть моя армия малочисленна, но она бессмертна. Пусть в моем флоте только два судна, но они непотопляемы. Я единственный из королей, которому не страшны революции, потому что они приносят мне новую популярность и признание в народе...

Так говорил при общем молчании, ничего не преувеличивая, ничего не преуменьшая, не сказав ни одного слова неправды, всемирно известный король, стоя рядом со своей королевой и в окружении свиты на шахматной доске.

МУРАВЕЙ И ГОЛУБКА

Муравей захотел напиться и спустился вниз к ручью. Волна захлестнула его, и он начал тонуть.

Пролетавшая мимо голубка заметила это и бросила ему в ручей ветку. Муравей взобрался на эту ветку и спасся.

На следующий день муравей увидел, что охотник хочет пойти поймать голубку в сеть. Он подполз к нему и укусил его в ногу. Охотник вскрикнул от боли, выронил сеть. Голубка вспорхнула и улетела.

УМНАЯ ГАЛКА

Хотела галка пить. На дворе стоял кувшин с водой, а в кувшине была вода только на дне. Галке нельзя было достать. Она стала кидать в кувшин камушки и столько набросала, что вода стала выше и можно было пить.

САМЫЕ КРАСИВЫЕ

Летела сова. Навстречу ей летели другие птицы. Сова спросила:
— Вы не видели моих птенцов?
— А какие они?
— Самые красивые!

ГАЛКА И ГОЛУБЬ

Галка услыхала о том, что голубей хорошо кормят, выбелилась в белый цвет и влетела в голубятню.

Голуби ее приняли как свою, накормили, но галка не удержалась и закаркала по-галочьи. Тогда голуби ее прогнали. Она вернулась было к галкам, но те ее тоже не приняли.

РАССКАЗЫ ДЛЯ МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ

1. Жил-был мальчик. Звали его Ваня. Пошел Ваня с мамой на улицу гулять. Побежал Ваня быстро-быстро, споткнулся о камень и упал. Ударил Ваня ножку. И у него ножка сильно болела. Повела мама Ваню к доктору. Доктор завязал ножку, и она перестала болеть.

2. Жили-были детки. Подарила им мама большую лошадку. Стали детки на лошадке катать кошечку и собачку. Хорошо катали. Вдруг лошадка перестала катать. Смотрят детки, а у нее ножка сломана. Позвали они дядю Ваню, и он починил лошадку.

3. Жила-была девочка. Звали девочку Зоя. Построила Зоя из кубиков машину. Посадила в машину мишку и начала его катать. «Ту-ту-ту, машина, катай моего мишку». Вдруг машина сломалась. Мишка упал и ушибся. Положила Зоя мишку в кроватку и дала ему лекарство.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

ВАРИАНТ ТАТ

1. Тематический апперцепционный тест (ТАТ) описан Мэрреем и Морганом, а также многими другими авторами. Используется во многих зарубежных странах для исследования личности, направленности ее переживаний и интересов. Вместо обычных сюжетных картин больным показывают серию картин с неопределенным, неясно выраженным сюжетом. По каждой из этих картин больному предлагают составить рассказ, т. е. рассказать, какова ситуация на данной картине, какие события привели к такому положению и каков будет исход, т. е. что из этого выйдет. Рассказ записывается дословно.

Авторы, предложившие методику, считали наиболее важным интерпретацию содержания составленных рассказов, считали, что данная методика может выявить скрытые комплексы личности больного, его неудовлетворенные желания, агрессивные тенденции, сексуальные, суицидальные мысли и т. д. Методика ТАТ относится ими к кругу прожективных методик, поскольку в истолковании неясных сюжетов отражается личность больного, ее установка и чувства.

В советской патопсихологии пока опубликованы лишь два исследования, посвященные методике ТАТ, — И.Н. Гильящевой и Н.К. Киященко. В последнем исследовании, выполненном под руководством Б.В. Зейгарник, анализу подвергалась, глав-

ным образом, формальная характеристика объяснений больных. Фиксировалось внимание на том, возникает ли вообще эмоциональная реакция больного на мимику изображенных на картине людей, на ситуацию в целом.

2. Для проведения эксперимента можно пользоваться серией из 8 картин. Следует учитывать время, которое больной уделяет рассматриванию картинки, с помощью секундомера и записывать высказывания больных полностью.

3. Больному показывают картинку и спрашивают, что на ней изображено (вариант Киященко).

4. Результаты этого эксперимента могут быть прежде всего оценены так же, как и результаты обычного толкования картин, т. е. оценке может быть подвергнута сообразительность больного, его умение разобраться в сюжете по мимике и позам изображенных лиц.

Однако замысел данной методики состоит в ином. Главное внимание при оценке результатов опыта уделяется тому, вызывает ли данное изображение какой-либо эмоциональный отклик у больного, и какой именно. Так, например, на одной из картин американской серии изображен сидящий самодовольно улыбающийся и погруженный, видимо, в приятные воспоминания полный молодой мужчина. Такое толкование картинки вовсе не обязательно. Многие расценивают лицо этого человека иначе, считая, что он испытывает творческое вдохновение, что его лицо мечтательное, нежное. Однако здоровые люди так или иначе относятся к лицу данного человека и в зависимости от собственного опыта, настроения эмоционально на него реагируют. На другой картинке изображены сидящие за столом молодые люди. Некоторые здоровые исследуемые предполагают, что это группа молодых физиков обсуждает научную проблему, другие — что это бандитская шайка обсуждает предстоящий грабеж, третьи — что собравшиеся юноши скучают, не знают, как убить время. Так или иначе, толкование картины отражает личностные установки исследуемых.

По данным исследования Н.К. Киященко, у больных шизофренией с сохранной интеллектуальной сферой и притуплением эмоций отсутствовала направленность на содержание кар-

тины. Описывая картину, больные ограничивались формальной интерпретацией отдельных элементов картины: «Люди сидят за столом, один из них встал». По поводу первой картины больные шизофренией говорят, что «человек сидит, рядом круглое окошко». Они описывают внешнюю, формальную сторону изображений, не вникая и не проявляя интереса к сюжету, который может стать понятным лишь при направленности на мимику и позы изображенных людей. По данным Н.К. Киященко, формальное описание изображений отнюдь не являлось следствием недомыслия, неумения понять сюжет. Если менялась инструкция и тем же больным предлагали «обратить внимание на позу и мимику изображенных лиц», они тут же могли дать и правильное, т. е. более или менее адекватное содержательное толкование показанного изображения.

Исследованные той же методикой больные эпилепсией, помимо общеизвестной склонности к обстоятельному детальному описанию, обнаружили также склонность к чрезмерному морализированию, к гротескному оценочному суждению относительно правильности или неправильности действий изображенных лиц.

Методика включается в настоящее время во все больший круг клинических и клинико-психологических исследований, так как имеет, видимо, хорошую теоретическую основу: в восприятии художественного произведения сказывается личность воспринимающего, степень зрелости и адекватности его эмоциональной сферы.

Литература

Зейгарник Б.В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Киященко Н.К. Апробация варианта методики ТАТ. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Rapaport D. Diagnostie psychological testing. Chicago, 1945. V. II.

ВЫБОР ЦЕННОСТЕЙ

1. Методика предложена для выявления степени общительности, контактности больного, т. е. его готовности раскрыть сферу своих стремлений, интересов и вкусов или, напротив, отгороженности, замкнутости. Мало апробирована.

2. Для проведения опыта нужна планшетка, в которую по типу детской наборной кассы вставляются 25 картонок с написанными на них словами.

3. Открыв перед больным планшет, экспериментатор говорит ему: «Просмотрите все эти слова. Видите, здесь собраны названия того, что может быть привлекательно для человека. Прочтите это». Экспериментатор ждет минуту или две, пока больной просматривает все слова. В случае если больной спрашивает, нужно ли эти слова запомнить, экспериментатор отвечает, что нет. Затем, когда больной просмотрел слова, экспериментатор несколько небрежно говорит: «Дайте мне пять карточек» (если больной спрашивает «каких?» — экспериментатор отвечает «каких угодно» — и ни в коем случае не дает никаких иных указаний или советов).

После того как больной подаст экспериментатору пять карточек, экспериментатор записывает их и просит дать ему еще пять карточек, а затем точно так же третий раз. Каждый раз во время выбора карточек экспериментатор записывает все высказывания больного и то, как он действует: берет ли быстро, небрежно или обдумывает, сравнивает карточки, меняет свои намерения и т. д.

4. Психически здоровые люди при выполнении этого задания ведут себя различно, причем поведение их обнаруживает зависимость от отношения к личности экспериментатора. В большинстве случаев исследуемые охотно вступают в беседу, обсуждая с экспериментатором преимущества того или иного жизненного блага, обозначенного на карточке, высказывая соображения о том, что ему лично нужнее.

В некоторых случаях здоровые исследуемые выбирают карточки, на которых написаны названия ценностей, превышающих подлинные культурные запросы; так, например, известно,

что в жизни данный человек не любит ни книг, ни музыки, предпочитает всему поесть, выпить, поиграть в карты, а в данном опыте он выбирает слова «музей», «музыка», «книги» и т. д., — человеку хочется произвести на экспериментатора хорошее впечатление.

Наконец, исследуемые третьей категории не хотят открывать перед данным экспериментатором свои желания, вкусы, интересы. Они хотят избегнуть такой ситуации, которая вынуждала бы их выбирать карточки и тем самым быть излишне откровенными. Переспросив у экспериментатора, какие карточки надо выбирать, и получив ответ «какие угодно», исследуемые с удовольствием избирают формальный способ выполнения задания — они берут пять карточек подряд, наобум, сверху вниз или слева направо и т. д. Эти люди обнаруживают известную замкнутость, недоступность.

По данным, полученным Е.А. Левада, чрезмерную эгоцентричность и экстравертированность при исследовании с помощью данной методики (стремление обстоятельно обсуждать относительную привлекательность каждой из обозначенных ценностей для них лично) обнаружили больные эпилепсией. По его же данным, процент интровертированных, формальных выполнений этого задания (выбор карточек по рядам, без учета того, что на них написано) был очень высоким среди дефектных шизофреников. Диагностического значения в строгом смысле этого слова данная методика не имеет, так как она недостаточно апробирована. Однако, приближаясь по своему типу к свободным прожективным методам исследования личностной сферы, она может оказаться (в руках умелого экспериментатора) полезным подспорьем для выявления психического состояния и личностного склада больного.

Литература

Левада Е.А. Апробация методики «Выбор ценностей». Дипломная работа. МГУ, 1961.

УРОВЕНЬ ПРИТЯЗАНИЙ

1. Эта методика, направленная на исследование личностных реакций, была разработана немецким психологом Ф. Хоппе. Широко использовалась в советской психологии при исследовании школьников (М.С. Неймарк, Е.А. Серебрякова) и в патопсихологии для исследования личностной сферы больных (Б.В. Зейгарник, Р.И. Меерович, К.М. Кондаратская).

2. Для проведения эксперимента следует приготовить 16 карточек с написанными на них номерами от 1 до 16. Очень удобно сделать их из библиотечных карточек, наклеив на каждую числа из старого календаря. Кроме того, нужно приготовить секундомер или часы, лист бумаги и карандаш для больного. Перед экспериментатором должен лежать лист бумаги с наборами разных задач (рис. 31).

Несмотря на такую внешнюю простоту подготовки материалов для эксперимента, эта методика относится к числу наиболее трудных, она требует больше времени на подготовку, чем все остальные методики.

Суть эксперимента заключается в следующем. Больному предлагают ряд задач, пронумерованных по степени трудности от легких до самых трудных, и представляют возможность каждый раз самому выбирать задачу для решения. Экспериментатор должен иметь возможность по собственному усмотрению создавать ситуацию успеха (и вовсе не обязательно заслуженно!), т. е. хвалить больного либо ситуацию неуспеха, т. е. подчеркнуто опорочивать результаты решения задачи, показывать, что исследуемый с ней не справился. Действительные достижения больного в данном опыте значения не имеют, но больному это неизвестно, напротив — он должен быть убежден в противном. Важно лишь то, как больной реагирует на свой успех или неудачи, какие по трудности задачи он выбирает после того, как пережил успех или неуспех.



Рис. 31. Карточки с номерами задач

Для того чтобы опыт был полноценным, необходимо сделать так, чтобы переживание успеха и неудачи было для больного как можно более глубоким, актуальным. Для этого нужно, чтобы содержание задач соответствовало кругу интересов, знаний больного и тем требованиям, которые он сам себе представляет. Так, например, если школьнику 10-го класса предлагается какая-либо математическая задача или вопрос из школьной программы, правильный ответ будет для него актуальным успехом, неудача обидным переживанием. Если же предложить математическую задачу пожилому больному с образованием 7 классов, неудача в ее решении может оставить его равнодушным не потому, что у больного притуплена сфера переживаний, нет адекватной личностной реакции на свои успехи и неудачи, а потому, что он внутренне, для себя самого, и не претендует на знание математики. Он не сумел решить задачу, но он и не считает для себя существенным умение решать такие задачи. В данном случае неудачный подбор задачи портит эксперимент, может вызвать ошибки в толковании его результатов. Для больного с высшим образованием, о котором заранее известно, что он знает литературу и искусство, в число средних и трудных задач могут быть включены вопросы о русских и иностранных писателях, композиторах, художниках, скульпторах; все это задачи и вопросы будут «задевать самолюбие» больного, успехи и неудачи в ответах будут актуальны для него. Но, если нужно исследовать личностные реакции малообразованного больного, набор таких задач не годится, он должен быть заменен другим; это могут быть и вопросы относительно общественных событий (если больной читает газеты), и вопросы профессионального характера (если больная — медицинская сестра, бухгалтер или техник и т. д.).

Следует подчеркнуть, что задачи должны объективно для каждого больного различаться по степени трудности — от предельно легких до чрезвычайно трудных. Варьирование интервалов времени (т. е. возможность дать больному много времени на размышление и тем самым обеспечить успех либо возможность очень быстро демонстративно выключить секундомер, сказав, что время истекло и тем самым искусственно создать неуспех)

может использоваться лишь как вспомогательный прием. Это помогает экспериментатору маневрировать в процессе самого эксперимента, но не может быть единственным средством создавать успехи и неудачи. Следовательно, одна из трудностей проведения этого эксперимента в том, что он не может быть стандартным, а требует особой подготовки и индивидуального построения для каждого больного в отдельности.

3. Перед больным раскладывают в ряд 16 пронумерованных карточек таким образом, что слева оказываются № 1, № 2 и т. д., а справа — № 16. Затем дают следующую инструкцию: «Перед вами лежат номера задач разной трудности. Номера 1, 2, 3 (экспериментатор указывает их) — самые легкие, дальше следуют задачи немного труднее, затем еще труднее и, наконец, последние номера — 15, 16 — самые трудные. Здесь на карточках ничего не написано, это только номер (экспериментатор показывает оборотную сторону карточки — она чистая). Задачу я вам скажу после того, как вы возьмете ее номер. Карточку нужно положить на старое место; под тем же номером у меня есть несколько других задач. Для решения каждой задачи дается определенное время, и если вы не успеете написать за это время решение — задача будет считаться нерешенной. Выбирайте, пожалуйста, сами, какой номер задачи вы хотите решать — вы можете выбрать любую задачу».

Когда больной выбирает задачу, экспериментатор записывает в протокол, какой номер он выбрал, кладет карточку на место, затем из приготовленного списка задач прочитывает ему одну, дает бумагу и карандаш для записи ответа и включает секундомер. Тактика экспериментатора зависит от хода эксперимента. Так, например, если больной, робея, выбирает легкие или даже средние по трудности задачи, экспериментатор может на первых порах обеспечить ему «успех». Если же больной сразу выбирает один из самых последних, т. е. трудных номеров, то нужно обязательно создать ситуацию неуспеха. Если даже случайно оказывается так, что задача подобрана неудачно, без учета возможностей больного, и он успешно начинает решать трудную задачу, экспериментатор может создать неуспех, сократив время.

Сообщение о том, что за данное решение больному ставят плюс или минус, дается обычно в подчеркнутой форме, экспериментатор в этом опыте немножко «играет». Сообщая больному о неудаче, минусе, он показывает при этом, что огорчается за больного, что он не ожидал того, что задача окажется в такой мере недоступной для него. Затем больному предлагают выбрать любой номер задачи для дальнейшего решения. Снова повторяется ситуация успеха или неуспеха и снова предлагают выбрать следующий номер. После того как в эксперименте отчетливо выявляется тенденция выбора задач, т. е. после выбора и решения 10—14 задач больному говорят: теперь осталось выбрать одну, последнюю задачу. Для экспериментатора здесь важен только номер, который выбирает больной. Саму задачу уже можно было бы и не решать. Но для сохранения контакта с больным и для того чтобы отпустить его в хорошем, а не испорченном настроении, эту последнюю задачу нужно дать такую, чтобы обеспечить успех.

Следует еще остановиться на некоторых возникающих во время данного эксперимента обстоятельствах, заставляющих изменять тактику в процессе самого эксперимента.

Форма протокола

Номер задачи, которую выбирает больной	Успех или неуспех	Краткое содержание задачи	Высказывания и поведение больного

Примечание. Содержание задачи, строго говоря, не имеет значения для истолкования экспериментальных данных. Однако, учитывая, что задачи могут быть очень индивидуальны и подобраны для данного больного с большей или меньшей степенью адекватности, лучше записывать в протокол их краткое содержание. При истолковании результатов это дает возможность проследить причины некоторых особенностей эксперимента, объяснить непонятные действия больных.

Случается так, что несмотря на хорошо обдуманный и адекватный для больного набор задач, приходится импровизировать в менять задачи и момент самого эксперимента. Так, например, встречаются исследуемые, которые упорно выбирают только самые легкие задачи, не рискуя перейти к более трудным, несмотря на успех. В этих случаях приходится заменять задуманный набор и, импровизируя, предлагать такие задания, как «2+3» или «назвать город, в котором мы живем», т. е. давать предельно легкие задания, чтобы лишить выбор таких номеров всякого смысла. Или, напротив, больной все время выбирает трудные задачи и оказывается более образованным и быстрым, чем это предусмотрено экспериментатором; в таких случаях необходимо предложить несколько экспромтом придуманных особо трудных задач, чтобы создать ситуации обоснованного, серьезного неуспеха. Можно, например, предложить назвать трех известных испанских скульпторов. Вовсе не обязательно, чтобы сам экспериментатор сумел правильно ответить на эти трудные вопросы.

4. Истолкование экспериментальных данных, полученных с помощью этой методики, предъявляет столь же высокие требования к квалификации экспериментатора, как и техника эксперимента.

Помочь в истолковании экспериментальных данных могут некоторые твердо установленные самим Хоппе, а затем Б.В. Зейгарник и ее учениками закономерности. К их числу относится тот факт, что у психически полноценных, личностно адекватных людей выбор следующих номеров задач зависит от успехов или неудач в предыдущих решениях. Иными словами, достижения, успешные решения создают у людей некоторую уверенность в своих возможностях и приводят к постепенному повышению самооценки и уровня притязаний, т. е. к выбору более трудных задач, а неудачи, безуспешные попытки решить трудные задачи приводят к снижению уровня притязаний, т. е. к выбору более легких задач.

Колебания в выборе (переход к легким задачам после неудач и наоборот) у людей с устойчивым характером носят более или менее плавный, мягкий характер, а при эмоциональной неустойчивости психопатов эти колебания носят очень резкий ха-

рактер, больные как бы шарахаются от одной крайности к другой. Небольшой успех толкает их на выбор самой трудной задачи, однократная неудача — на выбор самой легкой.

Все это — в пределах адекватных личностных реакций. Притупление эмоционально-волевой сферы, дефект личности, обнаруживаемый часто при шизофрении, проявляется в этом эксперименте в нарушении какой бы то ни было зависимости между успехом и неуспехом, с одной стороны, и выбором задач по трудности — с другой (Б.И. Бежанишвили, Б.В. Зейгарник). Не выявляется также какая-либо зависимость между оценкой выполнения заданий и выбором задач (т. е. не формируется в эксперименте уровень притязаний) у больных с иными заболеваниями, но с глубоким недоразвитием либо распадом личностной сферы.

Таковы самые основные схематичные закономерности, которые могут быть использованы при истолковании экспериментальных данных. В действительности, однако, каждый эксперимент не так просто расшифровывается, так как отражает множество сложных зависимостей. Выбор задач зависит иногда от отношения больного к экспериментатору. При очень почтительном отношении, при повышенной заинтересованности в оценке, как это иногда бывает, если больной проходит трудовую экспертизу и хочет быть признан здоровым, больной выбирает задачи значительно осторожней. Молодость экспериментатора, его робкий, неуверенный тон в момент проведения опыта позволяют легче выявиться повышенному уровню притязаний больного.

Кроме того, первоначальный выбор зависит иногда от требовательности исследуемого по отношению к самому себе или от его привычного способа реагирования на тревожные, волнующие обстоятельства. Так, психически здоровый, очень скромный, робкий по натуре человек вдруг «очертя голову» делает своим первым выбором самую трудную задачу; он решил не щадить себя, сразу показать свою несостоятельность. В другом случае здоровый, «знающий себе цену», достаточно самоуверенный человек осторожно начинает с легких задач и лишь постепенно, не торопясь, переходит к средним; он предпочитает вы-

яснить, что от него хотят, не рискуя оказаться в неловком положении.

Инертный психопат с повышенным уровнем притязаний, испытав «осечку», неудачу при решении задачи № 15, берет после этого № 11 и, несмотря на успех, продолжает неуклонно идти в убывающем порядке, выбирая поочередно все более легкие номера. По протоколу создается картина полной независимости выбора от успеха. Однако на вопрос экспериментатора, почему он так выбирает, больной объясняет: «Боюсь опять напасть на испанских скульпторов — я от них подальше убегаю». И лишь в последнем выборе больной, покраснев, буквально хватает последнюю, наиболее трудную задачу.

Таким образом, толкование этого эксперимента не может производиться только по форме кривых или по вычислению зависимости. Каждый протокол требует конкретного анализа с учетом всех непосредственных высказываний и поведения больного.

Несмотря на трудность проведения и истолкования, методика эта очень часто применяется, так как дает ценный и убедительный материал для суждения о личности больного, о его самолюбии и самооценке, о живости или притуплении эмоциональных реакций.

Литература

Зейгарник Б.В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Викулова Л.В. Исследование уровня притязаний у детей-олигофренов. В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1925.

Меерович Р.И. и Кондаратская К.М. Уровень притязаний у детей-истериков. В сб.: Психические особенности трудновоспитуемых и умственно отсталых детей. Л., 1936.

Hoppe F. Uber Erfolg und Misserfolg. Psychol. Forschung. Berlin, 1930, 14.

ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ

1. Замысел эксперимента заимствован у американского психолога Т.В. Дембо. Она применила простой, но остроумный прием для выявления представлений человека о своем счастье.

В настоящее время данный экспериментальный прием используется значительно шире — для выявления самооценки и сознания болезни у взрослых и детей.

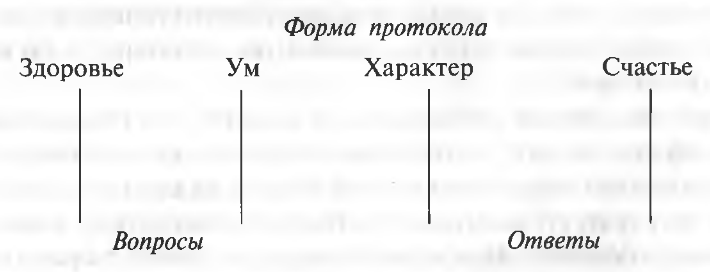
2. Эксперимент проводится в виде свободной беседы. Экспериментатор проводит на чистом листе бумаги длинную вертикальную черту и говорит больному: «Допустим, на этой линии расположились все люди всего мира: вот здесь вверху (показ) самые здоровые, а здесь внизу (показ) самые больные. Как вы думаете, где ваше место среди всех этих людей по состоянию здоровья. Поставьте этим карандашом отметку — черту в том месте, где, как вам думается, вы находитесь». (Больному дают цветной карандаш для отметки.) Инструкцию можно разъяснять и повторять, но обсуждать решение больного пока не следует.

Затем рядом с первой линией проводят еще одну такую же вертикальную черту и предлагают аналогичную задачу: «Если на этой линии расположить всех людей по уму, — вверху пусть будут самые умные (талантливые), внизу — самые глупые, а в середине — средние. Где бы вы определили свое место?» (Предлагают больному цветным карандашом отметить свое место.) На третьей линии таким же образом располагают людей по характеру: «Наверху пусть будут самые хорошие, внизу — самые плохие по характеру люди». (Снова предлагают больному отметить свое место.) Последняя, четвертая, линия представляет собой распределение всех людей «по счастью» — вверху самые счастливые, внизу несчастные. (Больному предлагают отметить цветным карандашом свое место на этой четвертой линии.)

3. После этого начинается наиболее интересный этап экспериментально спровоцированной беседы. В зависимости от того, где поставил черточку больной, его спрашивают, каких людей он считал бы несчастливыми (или счастливыми). Можно также поставить вопрос о том, чего не хватает больному для полноты счастья, что он понимает под счастьем, от чего оно зависит.

Затем экспериментатор таким же образом беседует с больным относительно трех первых показателей. Так, если больной отнес себя к наиболее здоровым людям, его спрашивают о том, каких людей он отнес бы к наиболее больным, а если он ставит свою отметку между здоровыми и средними — спрашивают о том, чего ему не хватает, чтобы признать себя вполне здоровым. Несколько осторожнее по форме ведется обсуждение самооценки больного по уму — спрашивают, какими качествами своего ума больной недоволен, каких людей считает самыми умными, каких — самыми глупыми. Опрос об отметке по характеру ведется так, чтобы выяснить, какие черты характера больной считает самыми плохими, а какие хорошими и в чем он видит недостатки собственного характера.

Форма протокола



4. Анализ экспериментальных данных проводится не столько по расположению отметок на линии, сколько по обсуждению этих отметок. Выявилось, что у психически здоровых взрослых и подростков независимо от их самооценки и объективной жизненной ситуации обнаруживается чисто позиционная тенденция к точке «чуть выше середины». Интересные содержательные данные, характеризующие отношение здоровых к своим качествам и своей судьбе, выявлял лишь последующий опрос.

При различных психических заболеваниях «позиционное» отношение к экспериментатору исчезает и отметки самооценки обнаруживают тенденцию к крайним местам линии — «самый больной из всех» либо «самый здоровый, самый умный» из всех, но «самый несчастный из всех», в ином случае «самый счастливый» и т. д. Обнаруживается снижение критичности к своей болезни и к своим способностям, депрессия или эйфория. Так, например, больной шизофренией в состоянии дефекта по всем

трем первым показателям отмечает свое место выше самой верхней точки линии и лишь по четвертой линии (счастье) ставит себе черточку в самом низу линии, объясняя, что «счастливые люди — творцы, созидатели», а ему помешали врачи, он ничего не смог создать. Больная, страдающая нерезко выраженным ревматическим поражением центральной нервной системы с психопатизацией личности, выбирает четыре самые крайние оценки: она считает себя самой больной на свете, самой умной и самой хорошей по характеру и самой несчастной. «Счастливые люди, — объясняет она, — это те, кто умеет хорошо устраиваться в жизни, а мне даже при попытке купить что-либо — и то не везет».

Депрессивная больная шизофренией с идеями самообвинения оценивает себя как стоящую выше среднего уровня по здоровью, самой глупой и самой плохой по характеру, а также самой несчастной.

Разумеется, никакого абсолютного значения эти проявления самооценки не имеют; не установлены еще также и диагностически значимые типы самооценок. Однако в каждом отдельном случае этот краткий эксперимент с беседой способствует анализу личности больного. Наибольшей дифференциации в процессе беседы требует оценка по счастью. Важно, к чему направлены притязания больного или просто исследуемого: считает ли он себя менее счастливым, чем хотел бы, из-за неудовлетворенности собственной личностью, несовершенства своих собственных качеств либо склонен предъявлять претензии к обстоятельствам, которые недостаточно благоприятствуют ему, несмотря на то что он сам во всем хорош и полон достоинств.

Тот же эксперимент с детьми проводится несколько иначе.

Первая вертикальная линия представляет собой оценку по росту в соотношении с классом, в котором учится ребенок. Это вводится для того, чтобы лучше разъяснить детям инструкцию, — никакого значения этот критерий самооценки не имеет.

Затем следуют линии оценки по здоровью и по уму (на линии расположено все человечество). При оценке по уму ребенку предлагают на той же линии обозначить черточкой место своего соседа по парте и место своего учителя (или учительницы). После-

дние две отметки должны быть сделаны разными цветными карандашами, чтобы в дальнейшем нельзя было их спутать. Это дополнение является некоторой модификацией методики де-Греефе, предлагавшего приделать черточку к трем кружкам, обозначающим ребенка, его соседа и его учителя; самую длинную — самому умному.

Оценка по характеру и по счастью дается лишь в сравнении с учениками своего класса. После того как проставлены все цветные черточки, на всех линиях начинается беседа с ребенком, цель которой выяснить соображения ребенка при той или иной оценке так же, как это описано в беседе со взрослыми. Этот простой экспериментальный прием дает возможность выявить самооценку детей, которую можно рассматривать как один из показателей зрелости их личности.

Исследование учащихся вспомогательных школ обнаружило большую степень непосредственности самооценки, отсутствие позиционного тяготения к середине. Никто из умственно отсталых детей не считал себя больным (отметка по здоровью отражала лишь соматические заболевания школьника). В самых младших и в выпускных классах школы (возможно, вследствие гиперкомпенсации) обнаружилась чрезвычайно высокая самооценка по уму, а также по характеру и счастью (выше, чем у школьников соответственных классов массовых школ). Симптом де-Греефе встречался лишь у учащихся 2-х классов вспомогательных школ. Опрос показал крайнюю поверхностность суждений этих детей об уме, характере, счастье.

Литература

Дембо Т.В. Приспособление к увечью — проблема социально-психологической реабилитации. Рукопись. Перев. с англ., 1962, хранится в МГУ.

Курсовые работы студентов МГПИ им. В.И. Ленина Н. Алексеевой, Д. Аухадиевой, С. Байкенова и др. Сравнение самооценки учащихся разных классов вспомогательной и массовой школы. М., 1968.

Рубинштейн С.Я. Отношение психически больных к болезни. Материалы симпозиума: «Понятие, установка и отношение в медицинской психологии». Тбилиси,1968.

ЧАСТЬ III

О ВЫБОРЕ МЕТОДИК ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психологический эксперимент отличается трудоемкостью. Вовсе не каждого больного следует подвергать такому исследованию. Нужно выделить тех больных, с которыми целесообразно проводить такой эксперимент, и перед началом исследования сформулировать конкретные вопросы, возникающие у клинициста. К числу таких вопросов, как указывается в методическом письме Государственного института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР «Об экспериментально-психологическом исследовании больных в психоневрологических учреждениях», относятся следующие: 1) получение дополнительных данных для дифференциального диагноза; 2) оценка эффективности терапии; 3) оценка степени интеллектуального снижения во время экспертизы (трудовой, военной, судебной); 4) анализ дефекта или нарушений интеллектуальной деятельности при изучении новых, малоизвестных заболеваний.

При использовании экспериментально-психологических методик для решения этих задач выбор методик должен быть различен. Так, например, в отделении больницы может проводиться лечение больных эпилепсией каким-либо новым препаратом, под влиянием которых сокращается количество припадков или они вовсе прекращаются. Психиатра может в этом случае интересовать вопрос о том, как действует препарат на общее психическое состояние больных, на их психический темп, сообрази-

тельность, внимание. Для ответа на эти вопросы может быть предпринято экспериментально-психологическое исследование группы больных.

Но какие методики могут быть для этой цели избраны? Как рассуждать при выборе этих методик? В данном случае диагноз клинически ясен. Степень нарушения психики больных до лечения может быть разной. Задачей исследования является лишь выяснение динамики некоторых показателей до и вскоре после лечения, а также катамнестически — спустя несколько месяцев. В таком случае могут быть рекомендованы следующие методики: «Отыскивание чисел» (см. описание) для установления динамики темпа, «Заучивание десяти слов» для характеристики способности запоминания в динамике и еще одна методика — для сравнения темпа и качества мышления. Не обязательно, чтобы это была одна и та же методика для всех больных данной группы. Поскольку сравнению подлежат показатели до и после лечения, можно для больных, не имеющих образования, взять методику «Последовательность событий» (три разные серии), а для больных с образованием больше 7 классов взять равнотрудные наборы «Аналогии отношений» или «Существенные признаки».

В другом случае для учета эффективности терапии больных другим заболеванием могут быть избраны иные методики, позволяющие дать оценку изменению состояния больных по иным важным для того заболевания критериям (например, при склерозе — по состоянию моторики, утомляемости, легкости эффективности дезорганизации поведения).

Таким образом, при подборе методик, нужных для оценки эффективности терапии, следует избрать критерии, по которым можно будет судить о ее эффективности, и выбрать несколько наименее трудоемких методик, позволяющих повторное применение, адекватных избранным критериям. Малая трудоемкость здесь нужна для того, чтобы можно было охватить всех больных подвергающейся лечению группы, а также контрольной группы. Для повторного применения необходимо подготовить равнотрудные варианты заданий. Кроме того, в этом случае очень важно выбрать методики, имеющие количественные показатели.

Иным путем выбираются методики экспериментального исследования тогда, когда ставится задача получения дополнительных данных для дифференциального диагноза. Так, например, больной, направленный на военную или трудовую экспертизу, просит о снятии якобы необоснованно поставленного в прежние годы и в другом городе диагноза шизофрении. Окончательное заключение будет дано «по получении объективных данных», но задачей экспериментально-психологического исследования будет в таком случае выявление характерных для шизофрении расстройств психики: причудливости ассоциаций, разноплановости мышления, эмоциональной отгороженности. В таком случае могли бы быть использованы следующие методики: «пиктограмма», «придумывание 60 слов», «классификация», «выбор ценностей».

В другом случае, например при отграничении шизофрении от сифилиса нервной системы, важно выявить наличие или отсутствие органической слабости, нарушений памяти, моторики, повышенной утомляемости.

Следовательно, для получения дополнительных диагностических данных следует пользоваться наиболее апробированными методиками, позволяющими обнаружить ошибки, типы решений, кривые работоспособности и т. д., многократно наблюдавшиеся в экспериментально-психологических лабораториях при одном из дифференцируемых заболеваний. Это означает, что перед началом исследования экспериментатор должен знать, между какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика и каковы признаки нарушений познавательной деятельности при каждом из этих заболеваний. Количественные показатели, трудоемкость экспериментальных методик играют в этих случаях гораздо меньшую роль.

Помимо клинических задач и образовательного уровня больных при выборе экспериментальных методик приходится еще руководствоваться соображениями о том, как больной понимает цель исследования и как к нему относится. Так, например, если больной сознателен и проявляет депрессивную реакцию на собственную несостоятельность, то беседа и исследование проводятся под углом зрения проверки памяти. Начинать исследо-

вание лучше всего с методики заучивания 10 слов (эта методика вообще очень удобна для начала доследования). Если же можно заподозрить тенденцию больного к аггравации, обязательно начинать исследование с трудных для больного заданий — удобнее всего с пересказов и классификации.

Нередко в зависимости от состояния и устремленности больного приходится менять подбор методик и мотивировку исследования. Например, интеллектуально сниженный, возбужденный больной не желает подвергаться исследованию и вообще ни о чем ином, кроме выписки из больницы, не желает разговаривать; в таком случае отдельные исследования мотивируются как проверка показателей выздоровления («осмысление сюжетных картин» — как проверка зрения, «пересказы» — как проверка умения читать и писать и т. д.). Если по своей направленности методика «куб Линка» полезна при исследовании какой-либо больной — пожилой, интеллектуально сниженной женщины, едва ли уместно предложить ей эту методику, так как она может воспринять ее как «детскую игрушку». Мужчинами же такая «строительная задача» принимается как более адекватная.

В некоторых случаях приходится в процессе самого исследования менять предварительно задуманный план его. Так, например, больному шизофренией предложено выполнить классификацию, но он не хочет действовать в соответствии с инструкцией или действует совершенно не так, как нужно. Значит ли это, что опыт должен быть прерван и исследование отменено? Нет. В таком случае эксперимент «на ходу» трансформируется в своеобразный ассоциативный эксперимент; экспериментатор записывает все высказывания больного по поводу каждой картинки, и эти ассоциации также дают материал для суждений об особенностях мышления больного.

Очень часто приходится видоизменять не только состав методик для исследования каждого больного, но и порядок проведения каждого опыта.

В этой большой изменчивости и гибкости экспериментально-психологических методик заключена большая трудность для тех, кто должен ими овладеть; в то же время в этом их большое достоинство, так как возникает возможность исследовать воз-

бужденных, параноидных, депрессивных, мутичных, аггравирующих или находящихся в состоянии расстроенного сознания больных.

Следует отметить, что не может быть подбора методик для исследования больных определенным заболеванием хотя бы потому, что эксперименты с больным производятся чаще всего тогда, когда диагноз его еще представляется сомнительным. Неправильным является высказываемое некоторыми психиатрами пожелание, чтобы каждый больной был обследован одинаковыми двумя или тремя методиками и на каждого был написан как бы «статус» по аналогии с неврологическим статусом. Данные экспериментально-психологического исследования не дают основания для какого-то самостоятельного статуса; они могут быть использованы лишь как элементы общего психического статуса, как его дополнение. Поэтому, прежде чем выбрать для исследования очередного больного те четыре или пять методик, с помощью которых его нужно исследовать, необходимо вместе с лечащим врачом выяснить основную задачу исследования.

Таким образом, выбор методик для исследования определяется прежде всего клинической задачей, но также и образовательным уровнем больного, его психическим состоянием и отношением к исследованию.

СОСТАВЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО ДАННЫМ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В разделе о выборе экспериментальных методик для исследования было уже сказано, что подбор методик и вся программа исследования зависят от клинической задачи. Это означает, что в зависимости от того, нужно ли установить эффективность терапии при исследовании больных с заведомо ясной этиологией либо получить дополнительные данные при разграничении разных заболеваний (например, шизофрении от последствий энцефалита, болезни Альцгеймера от атеросклеротического слабоумия, реактивного состояния от шизофрении и т. д.), экспериментальное исследование строится по-разному.

Подобно тому, как нет и не может быть стереотипного построения исследования, стереотипного подбора методик, не может быть и стандарта в составлении заключения. Каждое заключение составляется обычно как ответ на поставленный клиникой вопрос. Оно не может быть понято и не должно рассматриваться вне этого клинического вопроса, вне истории болезни и задачи исследования.

После того как применение нескольких экспериментальных приемов позволяет (с большей или меньшей степенью убедительности) ответить на поставленный вопрос, т. е. после анализа полученных экспериментальных данных, составляется заключение. Может быть дана некоторая внешняя форма или схема та-

ких заключений, но основная часть содержания заключений не поддается никакой унификации, она всегда пишется как ответ на конкретный вопрос.

Схема заключений такова.

Вначале в одной или двух фразах описываются жалобы больного на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания, утомляемости, но отнюдь не жалобы на состояние здоровья в целом. Такое ограничение возникает по следующим причинам.

Поскольку экспериментальное исследование проводится не лечащим врачом, а сотрудником психологической лаборатории или кабинета, он (даже если он и является сам тоже врачом-психиатром) не должен вмешиваться в тактику лечащего врача, не должен подменять его в беседе.

Поэтому исследование в целом мотивируется для относительно сознательных больных, как исследование их памяти, внимания, умственной работоспособности. Из этого не следует, конечно, что психолог этим ограничивается; он исследует, разумеется, и мышление, и личностную сферу, т. е. критичность больного и внутреннюю картину болезни в целом. Но поскольку с самого начала больному объявляют, что цель исследования — проверка памяти и внимания, то и расспрос ведется главным образом в отношении памяти, внимания, работоспособности. Однако даже эти жалобы в сопоставлении с последующим фактическим исследованием интеллектуальной деятельности больного дают очень ценный материал для представления о критичности больного, его самооценке и сознании болезни.

Если же больной, не обращая внимания на вопросы экспериментатора, начинает жаловаться ему на боли в ногах, в сердце или излагать какие-либо бредовые идеи, в заключении эти жалобы опускаются. Нередко бывает, что больной сообщает психологу какие-либо заслуживающие внимания, но не отраженные в истории болезни, т. е. неизвестные лечащему врачу, данные. Эти факты необходимо, конечно, сообщить врачу, но не следует вносить их в заключение. Последнее замечание адресовано не психиатрам, а сотрудникам лаборатории, имеющим пси-

хологическое, дефектологическое или педагогическое образование. Их иногда соблазняет возможность дополнить, расширить клинические данные лечащего врача. Такие дополнения могут быть ценными, но вносить их в заключение по экспериментальному исследованию не следует.

Следующая часть заключения (также очень краткая) представляет собой описательную характеристику того, как больной работал, т. е. как он выполнял задания — старательно или неохотно, проявлял ли заинтересованность в достижении правильных решений, мог ли критически оценить свои успехи. Об этом психолог судит по тому, старался ли больной исправлять свои ошибки, если замечал их, огорчался ли, замечая свои неудачи, выражал ли желание довести начатую работу до конца или предпочитал от нее отказаться, принимал ли незаслуженную похвалу. У больных-учащихся можно иногда даже спросить о том, какую оценку они бы считали справедливым получить за тот или иной вид работы. Все эти данные, характеризующие отношение больного к факту обследования его умственных способностей и к качеству своих действий, могут быть выражены в одной-двух фразах, но они составляют важную часть заключения, так как дают материал для суждения о личности больного. Эту часть заключения, хотя она и имеет форму описания и обозначается в устной речи как микростатус, как статус за столом экспериментатора, не следует рассматривать как внеэкспериментальную. Она является материалом естественного эксперимента, каким в целом представляется ситуация проверки умственных способностей человека. Чем сохраннее личность, тем обычно глубже выражена эмоциональная реакция на исследование в целом. У психопатов она принимает иногда утрированный характер. Безучастное отношение к факту исследования наблюдается при глубоком распаде личности либо при очень глубокой депрессии.

Третья, наиболее содержательная часть заключений должна ответить на конкретный вопрос клиники. Она пишется в виде отдельных положений, доказываемых или хотя бы иллюстрируемых экспериментальными данными, полученными с помощью разных методик. Таким образом, эту часть заключений нецеле-

сообразно писать ни по отдельным методикам, ни по психическим процессам (мышление, память и т. д.).

Иногда возникает сомнение в необходимости конкретных иллюстраций, примеров или фактических экспериментальных данных и заключений. Необходимо, конечно, очень скупо подбирать всякие доказательства из большого количества экспериментальных данных, нужно научиться кратко их формулировать, но приводить их в заключении на данном этапе необходимо.

В конце заключения резюмируются наиболее важные данные, полученные при исследовании. Эта концовка ни в коем случае не должна содержать суждения о диагнозе, так как диагноз может быть лишь итогом общего клинического изучения больного. Но в то же время концовка несомненно содержит данные, имеющие диагностическое значение. Так, например, если на первый план в этом итоге заключения выступает разноплановость мышления и неадекватная эмоциональная реакция на исследование, такой итог более типичен для шизофрении. Если же на первый план в резюме выносится ослабление памяти и внимания, утомляемость при правильности суждений и содержательности ассоциаций, то такой итог более типичен для органического заболевания, чем для шизофрении.

Приведем несколько примеров заключений. Эти заключения вовсе не должны рассматриваться как некоторые идеальные образцы; они приведены лишь затем, чтобы проиллюстрировать зависимость заключения от клинической задачи.

1. Больная Н. несколько раз стационировалась в психиатрические больницы разных городов, с разными диагнозами: шизофрения, психопатия, эпилепсия. Во время предыдущего стационирования после консультации очень авторитетного психиатра ей поставили диагноз «эпилепсии», хотя припадков в стационаре никто не наблюдал. Поведение психопатоподобное, с признаками выраженной деградации (в прошлом педагог, в последние годы не работает, ведет легкомысленный образ жизни).

Была направлена на исследование с целью разграничения эпилептической деградации от шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Считает себя совершенно здоровой, работоспособной, охотно, даже азартно, выполняет экспериментальные задания, потому что ей кажутся занятными подобные «задачки», но настоящего личностного отношения к факту проверки ее умственных способностей у больной не выявляется. Некритично, с удовольствием принимает похвалу экспериментатора, не замечая, что похвала не заслужена, так как в большинстве заданий больная обнаруживает несостоятельность. Не устанавливает зависимости между данным исследованием и оценкой ее здоровья в целом.

Инструкции к новым видам деятельности улавливает легко, работает довольно быстро. Может понять довольно сложные абстрактные логические связи, а иногда устанавливает их самостоятельно. Легко переключается, подхватывает помощь, подсказ, может исправить допущенную ошибку. Однако самостоятельные рассуждения больной отличаются непоследовательностью, обилием пропущенных звеньев, соскальзываниями, приводящими к разноплановости, растекаемости и нелепости суждений. Так, например, она не может выделить существенные признаки чтения и рассуждает при этом так:

«Читать можно и по картинкам... печатными бывают картинки и книги... напечатанного без глаз не прочтешь... слово мы не читаем, а слышим...» В конце концов выделила слова «печать и картинка», объяснив это тем, что «слова не только читают, но и слышат, а к печати картинка ближе...». Такого рода «кривая логика» встречалась в рассуждениях больной очень часто. Она отказалась признать делимое и делитель существенными признаками деления на том основании, что у этих слов общий корень, а так не может быть.

Множество побочных, идущих в разных направлениях ассоциаций, не только усложняют и загромождают ход рассуждений больной, но и вовсе отвлекают ее от заданной темы. Понимает переносный смысл пословицы, но пытаясь записать объяснение пословицы, совершенно отходит от ее логического смысла. Не может даже запомнить конкретный рассказ: начинает писать его изложение и отходит от заданного содержания. Лучше запоминает

отдельные слова (5,7,7,7,9, спустя час — 8), но хуже воспроизводит пиктограмму. Таким образом, на первый план при исследовании выступила эмоциональная неадекватность (эмоции живые, но хаотичные) и растекаемость, беспорядочность мышления (при живой сообразительности).

По совокупности клинических данных, но с учетом данных патопсихологического исследования этой больной был поставлен диагноз шизофрении.

2. Больной Е. учился, но не закончил вспомогательную школу. Во время стационарной психиатрической воинской экспертизы была диагностирована олигофрения в степени дебильности. Во время настоящего поступления поведение больного показалось врачу странным. Был направлен на исследование для разграничения олигофрении и шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

В начале исследования больной сидит отвернувшись; односложно, неохотно отвечает на вопросы. Говорит, что «память пропала, а старое вспоминать неохота». Постепенно втянулся в экспериментальную работу, стал более разговорчив, выполнил много заданий.

Предлагавшиеся больному тексты, картинки, слова он часто сам связывал с вопросами своей жизни и с пережитыми невзгодами.

При выполнении экспериментальных заданий выяснилось, что больному доступно понимание довольно сложных для его образовательного уровня обобщений, он легко, без помощи выполняет классификацию, самостоятельно устанавливает группу измерительных приборов, одушевленных, неодушевленных предметов и т. д. Речь больного отличается богатым словарным запасом, выявляется также неожиданно большой запас представлений. Больной сообразителен (иногда это и не выявляется из-за медлительности, инертности и отсутствия направленности на задание).

В ряде экспериментальных заданий выявилась большая причудливость суждений и ассоциаций больного. Так, в опыте на опосредованное запоминание (по Леонтьеву) больной для запоминания

слова «собрание» выбрал рисунок кровати, отвергнув лежащие рядом рисунки стола и стула, «так как кровать большей вместительности». К слову «сосед» он выбрал рисунок с двумя учениическими перьями, объясняя это тем, что «хотя это неодушевленные, но их два рядышком». Для запоминания слова «праздник» больной выбрал кошку, для слова «пожар» — солнце.

Классифицируя предметы, больной наряду с правильно обобщенными группами пытался объединить карточки по признаку элементов движения, изображенных на рисунке. «Кузнец двигает молотком, а ребенок двигает зубами». Лисицу больной также отнес к этой группе, отделив от остальных животных, так как «в ее изображении также есть элемент движения». Исключая предметы, выделяет в одной из задач «барабан», так как «зонт, наган и фуражка являются средством защиты». Относительно рисунка лыжника сказал, что это «видимость движущегося одушевленного предмета в виде человека». Сравнивая понятия, больной говорит, что «дождь — это капля, снег — пушинка, если погреть, то когда масса сгущается, получается влага».

Объединяя в классификации посуду, называл ее «вместимости». Подобного рода причудливых выражений и своеобразных изменений слов у больного было много. Так, например, исключая предметы, больной говорит: «Конверт — это «письменное», а остальное — все «слуховое». И далее: «Барабан осуществляет мелодию своим стуком». Правильно исключая солнце, больной говорит: «Солнышко всходит ежедневно и находится на просторах независимо от масштабов его окружения, а остальное в помещении».

Таким образом, на первый план при исследовании больного выступили явления разноплановости, инертности мышления, причудливость ассоциаций при хорошем уровне обобщений.

В данном случае доступность обобщений, сообразительность, богатый запас представлений — все это говорило против олигофрении, а наличие разноплановости и причудливости ассоциаций свидетельствовали в пользу диагноза шизофрении.

Клинический диагноз больного по получении дополнительных объективных данных и после длительного наблюдения: шизофрения.

3. Следующий больной — студент. Не стационировался, был направлен на амбулаторное исследование с целью разграничения шизофрении (простой формы), психопатии и неясного органического заболевания.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалуется на апатию, трудность сосредоточить мысли, невозможность заниматься какой бы то ни было работой.

Задания выполняет послушно, подчеркнуто дисциплинирован, но к факту исследования его умственной работоспособности остается совершенно безучастным, ни о чем не спрашивает, неудачами не огорчается, похвале не рад.

Новый материал понимает и запоминает хорошо. Обращает на себя внимание несоответствие выхолощенных, псевдоабстрактных связей, устанавливаемых больным в пиктограмме, и непоследовательности конкретности суждений, выступающих в классификации. Так, например, пиктограмма больного состоит главным образом из штрихов и черточек (развитие — извилистые линии, справедливость — параллельные, счастье — завитушка кверху, болезнь — такая же завитушка книзу и т. д.). В классификации больной наряду с обобщенными группами объединяет доктора и термометр, кузнеца и лопату, считает, что ботинки могли бы быть отнесены к средствам передвижения, так как в них ходят.

Больной работает вообще внимательно, но, допуская в процессе такой внимательной работы ошибки, не спешит их исправить, иногда даже оспаривает, не замечая их нелепости.

Таким образом, на первый план при исследовании выступили нарушения мышления больного (выхолощенность, непоследовательность) и эмоциональная безучастность.

Клинический диагноз после стационирования: шизофрения.

Еще два примера заключений, направленных на разграничение сосудистой патологии и шизофрении.

4. Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная говорит, что еще в детстве «стала тупицей и плаксой». Задания выполняет старательно, спокойно, во все время исследования остается однообразной, вежливой, но безучастной.

Обнаруживает хороший уровень умственного развития; больной доступно понимание абстракций и установление логических связей. Решила сложные аналогии, методику Сахарова — Выготского. Неплохо запоминала новый материал, читала, усваивала сложные инструкции. В то же время в работе, требовавшей самостоятельных рассуждений и обобщений, выявились элементы разноплановости мышления, соскальзывания, синкретические связи. Так, например, правильно в основном классифицируя предметы, установила также группу «красоты», сложив в нее бабочку, золотую рыбку и двух птиц. Сама предположила, что бабочка должна быть объединена с жуком «как насекомое», но передумала, так как жук может быть противный, вредный, и предпочла объединить его с грибом мухомором, а бабочку — с «красотой».

В конце (при легкости абстрагирования) у больной группы назывались так: «жизнь, природа и труд».

Таким образом, у больной выявились элементы разноплановости и причудливости суждений при достаточной сообразительности и хорошей памяти.

Клинический диагноз при выписке: шизофрения.

5. При аналогичной клинической задаче (разграничение сосудистой патологии на почве ревматизма от шизофрении у больного с депрессией, идеями отношения и падением трудоспособности) экспериментальные данные оказались иными.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования. *Больной жалуется на забывчивость, утомляемость. Просит выяснить и устранить причину снижения работоспособности.*

Задания выполняет старательно, беспрерывно проверяет свои действия и, если замечает ошибку, огорчается и тотчас исправляет ее. Следит за выражением лица экспериментатора, пытаясь ориентироваться в том, правильно или ошибочно выполняет задания. Новый материал понимает быстро, правильно, но

запоминает хуже, из 10 слов воспроизвел 5,7,9,8,7, спустя час — 4 слова. Ассоциации больного (при составлении пиктограммы) в меру конкретны, содержательны, воспроизвел 11 из 15, остальные 4 приблизительно верны по содержанию, но неточны.

Суждения больного также просты, адекватны; при небольшой организующей помощи приходит к правильным обобщениям. Внимание неустойчивое; как в счетных заданиях, так и во многих мыслительных — много случайных, легко исправляемых ошибок. К концу исследования число таких ошибок нарастало.

При исследовании зрительно-моторной координации — толчкообразность движений.

Таким образом, на первый план при исследовании выступило ослабление внимания, памяти, утомляемость.

Клинический диагноз при выписке: ревматическое поражение центральной нервной системы.

6. Приводим пример заключения, составленного с целью разграничения сосудистого слабоумия с последствиями локального кровоизлияния, опухоли и атрофического заболевания мозга.

Больная жила одиноко, объективные сведения крайне скудны, в больницу поступает впервые. Образование 7 классов, работала счетоводом, давно на пенсии.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Беседовать с больной чрезвычайно трудно. Она плохо понимает обращенную к ней речь, отвечает бессвязно. В то же время старательно выполняет предлагаемые ей задания в меру своего разумения. Работает довольно долго, не утомляясь и мало отвлекаясь. При явной несостоятельности (не может читать и писать) удивляется этому и пытается объяснить, что раньше она это хорошо делала.

На первый план выступили явления выраженной сенсорной афазии и апраксии и грубые расстройства памяти. Больная узнает предметы и пытается объяснить их назначение, но часто не может их назвать. Подсказ части слова или даже всего слова полностью не помогает больной. Так, например, показаны ботинки.

Больная указывает на ноги, говорит: «Их две». Экспериментатор подсказывает: «Боти...». Больная говорит: «Бойцы?» Показывают вишни. Больная говорит: «Из нее делают... там разные, похожие на эту, забыла все, пошла бы, купила ее и узнала бы...» Экспериментатор подсказывает: «Вишня». Больная говорит: «Вище?»
Больной подсказывают: «Лошадь» — она повторяет: «Локоть».
«Ландыши» — «Ламбыши»
«Слон» — «Клон»
«Дом» — «Гомка»

Больную спрашивают: «Какой цвет?» Больная переспрашивает: «Кепка?» Больную спрашивают про внучку, она повторяет: «Внутри». Ее утешают: «Пройдет это». Больная переспрашивает: «Праздник?» Просят написать ее фамилию: «Жукова». Больная повторяет: «Укола?» Читая слово «погреб», больная каждый раз прочитывает его по-разному: в «погреде, в пограду, поргабе, порбебе». Не может зашнуровать ботинок.

Больная совершенно не может писать не только под диктовку, но даже не может написать собственную фамилию. Не может списать слово, пишет лишь отдельные буквы. Беспомощна в повторении движений и поз рук. Больная ничего не помнит, не только прошлого, но даже того, что с ней только что произошло (заново поздоровалась с экспериментатором после эксперимента). Не усваивает самый короткий рассказ, фразу.

Таким образом, на первый план выступают явления амнезии, сенсорной афазии и апраксии.

Диагностического вывода в конце заключения нет, но сочетание грубых расстройств памяти, сенсорной афазии и апраксии без утомляемости может рассматриваться клиницистами как дополнительный довод в пользу диагноза болезни Альцгеймера.

Приведем примеры заключений, составленных при исследовании больных с заведомо ясным и бесспорным диагнозом. Задача в этих случаях заключалась в том, чтобы выявить, какие интеллектуальные возможности еще сохранились у этих больных и в чем сущность их дефекта.

7. Так, например, на исследование была направлена больная в исходном состоянии шизофрении, т. е. в состоянии глубокого

дефекта, оставшегося неизменным на протяжении последних 10 лет. Больной 42 года, больна 25 лет.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная по-детски радуется исследованию, как какому-то развлечению; рада тому, что прошлась по двору, что с ней разговаривают, занимаются и т. д. Эмоциональные реакции на смысл исследования и на свои достижения и неудачи чрезвычайно поверхностны, ребячливы; радуется тому, что задача получилась правильной, что ее похвалили, совершенно не интересуясь общим выводом о состоянии ее умственных способностей и психического здоровья.

При выполнении предложенной работы мало утомляема, однообразна. В связи с предложенными ей вопросами или показанными пособиями стереотипно, одними и теми же выражениями жалуется на то, что ее все «спихивают», на то, что ей не приносят конфеток и т. д.

Несмотря на детскость поведения, больная довольно многие экспериментальные задания в состоянии выполнить. Она классифицирует и обобщает предметы до 3-х групп, устанавливает аналогию отношений между понятиями, сравнивает понятия, составляет пиктограмму, записывает изложение рассказа и т. д. При выполнении всех этих заданий обращает на себя внимание аспонтанность, расплывчатость, разноплановость суждений больной. Ей доступно понимание сложных обобщений и логических связей, но наряду с правильными рассуждениями она высказывает паралогичные, причудливые. Так, например, правильно выделив в классификации группы мебели, инструментов, измерительных приборов, животных и т. д., больная объединяет затем лопату с мебелью, так как эти вещи «наиболее нужные». Диван же отделила от мебели, соединив с велосипедом и чернильницей на том основании, что это «вещи», а остальной мебелью «чаще пользуются». В «простых аналогиях» больная отлично решала и объясняла большинство сложных задач, но с правильными решениями чередовались нелепые: «Железо кует кузнец, а дерево имеет кору», «Вода утоляет жажду, а пищу дает еда». После замечаний и возражений больная могла найти правильное решение, а затем снова с легкостью вернуться к

прежнему нелепому или иному столь же абсурдному: никакого чувства обязанности следовать инструкции, никакого предпочтения истины у нее не было.

При составлении пиктограммы ассоциации больной были конкретными, но не связанными по содержанию, «пустыми». К слову «развитие» — вишни, так как «смотришь на вишни и развиваешься», к слову «теплый ветер» — платье, так как если бы было пальто, то это бы означало холодный ветер, к слову «справедливость» — портфель, так как справедливость — это человек к чему-то стремится, у него ясные мысли... К слову «разлука» больная рисует стул и объясняет это так: «Я сижу за столом одна со своими мыслями» — воспроизводит как «одиночество». К слову «сомнение» рисует забор и объясняет: «Сомнение — это значит незнание — человек валяется под забором — он без всяких знаний валяется — если б не было забора, то он бы знал, забор — препятствие».

Несмотря на такие выхолощенные, бессодержательные связи, больная некоторые слова вспомнила правильно. Без напряжения и вдумывания запоминала 10 слов, рассказ и т. д. Правильно употребила в свободной беседе пословицу, но при вопросе, что значит «не все то золото, что блестит», ответила: «Это кому что нравится — вот стоят на окне цветы — вам они нравятся...»

Таким образом, на первый план при исследовании выступила аспонтанность, расплывчатость, разноплановость мышления больной. Эмоциональные реакции больной неадекватны; при кажущейся безучастности и аспонтанности поведения больной они содержат также активную негативистичность; больная пуэрильна, но в ней нет детской послушности, внушаемости. Она остается отгороженной, упорно бездеятельной; принятая ею позиция беспомощности фиксирована и неподвижна.

Аналогичные вопросы о структуре дефекта были поставлены клиникой при некоторых редких заболеваниях.

8. Так, например, больная П., которой был установлен диагноз «эритремия», обращала на себя внимание склонностью к шуткам, благодушными, иногда нелепыми высказываниями.

Была направлена для характеристики структуры дефекта, так как возникали сомнения, обусловлены ли нарушения психики эритремией или имеются дополнительные, может быть, локальные нарушения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная не может сформулировать свои жалобы, говорит лишь, что ей трудно, она больная, ей дурно.

В процессе исследования выявляются элементы осознания своей интеллектуальной неполноценности: больная отказывается от трудных для нее заданий, охотнее выполняет доступную ей простую работу. Замечает свою несостоятельность, огорчается; следовательно, хотя отдельные поверхностно-шутливые высказывания больной наводят на мысль о благодушии, в эксперименте обнаруживаются элементы критичности.

Признаков преимущественной локальной корковой патологии не выявилось. Обращенную к ней речь понимает, легко парирует, по крайней мере простые реплики. В самостоятельной речи — легко выраженные амнестические западения. Больная читает, пишет, узнает рисунки, выполняет простые задания. Однако во всех этих действиях отчетливо выступает быстро нарастающая по мере утомляемости недифференцированность актов. Больше всего выступает недифференцированность зрительных восприятий. Рисунок ландыша она называет сиренью, сантиметр — термометром, вишни— яблоками, собаку — кошкой и т. д. В письме и чтении часто заменяет одни буквы другими. Вставляя вкладки Сегена, путает звездочку с крестиком, ромб — с длинным шестиугольником. Неловки, некоординированы движения больной.

При исследовании интеллектуальной деятельности на первый план выступают признаки выраженной инактивности в грубые расстройства памяти. Больная совершенно не может удержать в памяти ни слов, ни текста рассказа, ни простейших инструкций. Даже плохо узнает то, что видела раньше.

Очень показательной для характеристики интеллектуальной деятельности больной была проба с отыскиванием чисел. Поняв инструкцию, больная медленно, с трудом находила числа, но почти

после каждого поиска забывала, что нужно делать дальше. Нуждалась в подталкивании, например: «Нашли 6, а затем что нужно делать?». Тогда больная сама начинала искать 7, но, найдя, опять забывала, что делать дальше и, если напоминаний не было, начинала просто «читать» числа какие попало.

Почти так же производилась больной любая работа: для каждого следующего акта нужен был толчок извне, после которого, спустя миг, деятельность больной угасала. При отсутствии коррекции со стороны экспериментатора начинала действовать бездумно или просто замолкала.

В заданиях, требовавших воспроизвести какой-нибудь материал, заменяла забытое вымыслом типа конфабуляций. Однако конфабуляции эти были крайне скудны, неразвернуты. В целом больная крайне непродуктивна. Лишь тогда, когда ей предлагают работу, доступную имбецилам (доска Сегена), она оживляется, начинает старательно, охотно, с достаточной целенаправленностью ее выполнять.

Таким образом, на первый план выступила слабость, истощаемость, инактивность интеллектуальных актов больной, недифференцированность всех анализаторов.

Мы привели лишь небольшое количество заключений для того, чтобы показать, сколь различны они могут быть по построению и как велика их зависимость от клинической ситуации.

Так разнообразно строятся заключения в итоге исследования больных в больнице.

Это так называемое общее исследование больных.

Совсем иначе строится исследование и иначе составляется заключение при исследовании больных по какой-либо теме клиницистов. В этих случаях, как уже говорилось в главе о выборе программы исследования, должны быть подобраны однотипные экспериментальные методики, направленные на выяснение какого-либо запланированного исследованием вопроса. Задача как бы перемещается с анализа отдельного больного на анализ группы больных, либо стадии заболевания, либо результатов лечения определенным препаратом и т. д. (анализ отдельного больного лишается особого значения, ибо для исследования избираются

больные, бесспорные в диагностическом отношении). Исследование в таких случаях строится по «жесткой» программе.

Поэтому перед началом исследования всегда необходимо заранее отобрать минимальный набор экспериментальных методик и исследовать этими методиками всех тематических больных. Совершенно иначе строятся при этом и заключения по данным экспериментального исследования. При исследовании тематических больных заключения должны быть написаны обязательно по отдельным методикам; иными словами, кроме сохранения фактических протоколов и материалов исследования, должны быть написаны также краткие заключения, но написаны так, чтобы было видно, что в каждом отдельном случае получилось в итоге каждого отдельного эксперимента.

Это необходимо для того, чтобы в конце исследования можно было подвести итоги по каждой методике в отдельности.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

В каждом психоневрологическом учреждении использование методик экспериментальной патопсихологии вызывает некоторые организационные и методические затруднения. Эти затруднения легко преодолимы, но их необходимо учитывать с самого начала работы.

Первым возникает обычно вопрос о специализации и подготовке кадров, которым может быть поручена эта работа.

Этот вопрос может решаться по-разному в зависимости от того, какую именно работу предполагается организовать. Если в каком-либо научном или научно-практическом исследовании врач собирается на очень узком участке своей работы применить одну или две экспериментально-психологические методики, то ему нужно лишь проконсультировать со специалистами-патопсихологами выбор этих методик, ознакомиться с литературой, изучить технику проведения эксперимента — и он может заняться этой работой сам.

Совсем иначе обстоит дело в тех случаях, когда в учреждении собираются открыть кабинет экспериментальной патопсихологии, который наряду с другими вспомогательными диагностическими лабораториями и кабинетами должен способствовать углублению клинического изучения больных.

После Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Об улучшении медицинской помощи населению» во многих

психоневрологических больницах и диспансерах организованы такие, имеющие диагностическое значение кабинеты экспериментальной патопсихологии. Количество их исчислялось в 1964 г. несколькими десятками, но с каждым годом сеть этих кабинетов и лабораторий растет все быстрее.

Наиболее соответствующими кадрами для работы в этих кабинетах являются патопсихологи. Решением Министерства высшего образования СССР специализация по патопсихологии введена пока на психологических факультетах трех университетов страны. Кадров этих намного меньше, чем нужно психоневрологическим учреждениям. Для экспериментально-психологической работы в детских отделениях психоневрологических учреждений используются дефектологи-олигофренопедагоги, поскольку в учебных планах отделений олигофренопедагогики имеется курс и экспериментальный практикум по патопсихологии.

Иногда возникает вопрос о том, могут ли в кабинетах экспериментальной патопсихологии работать врачи-психиатры или невропатологи. Конечно, могут, **если они получат основательную переподготовку по психологии и сделают ее своей профессией**. Многолетний опыт свидетельствует о том, что сочетание лечебной работы с экспериментальной не удается. Сотрудник кабинета экспериментальной патопсихологии должен исследовать не тех больных, которых он лечит, а всех тех, кого ему направляют другие врачи данного учреждения. Экспериментальная работа по исследованию психически больных является очень трудоемкой, кропотливой. Патопсихолог должен обязательно ознакомиться с историей болезни больного, провести с ним очень краткую беседу для выявления самооценки больного и установления контакта с ним. Экспериментальное исследование не должно продолжаться более полутора часов, и оно обязательно должно быть двукратным, т. е. проводиться в два разных дня (в некоторых, очень сложных случаях, экспериментальное исследование приходится повторять 3 и 4 раза).

Затем патопсихолог должен провести анализ полученных в эксперименте данных и составить заключение по ним. Эта работа может отнять от 2 до 3 часов.

Обобщение опыта работы кабинетов экспериментальной патопсихологии психоневрологических больниц и диспансеров свидетельствует о том, что один патопсихолог, исследуя в день 2-х больных, составляет в месяц 20—25 заключений. Такая нагрузка является большой и часто лишает патопсихолога возможности углубленно изучать больных и вести научно-методическую работу. Между тем даже в тех случаях, когда она ведется в практических учреждениях, например в диспансерах, с чисто практическими целями, в ней все равно всегда содержатся элементы исследования и творчества. Быть может, в недалеком будущем кабинеты экспериментальной патопсихологии будут расширены, но пока что их штат, как правило, невелик — один, изредка три человека на больницу. В таких условиях патопсихологи не успевают выполнить исследования всех тех больных, которые в этом нуждаются. Следует также учесть, что на исследования направляют самых сложных больных. Совершенно немыслимо совмещать эту работу с лечебной. Работа в кабинетах и лабораториях патопсихологии — это больше, чем трудоемкий процесс.

Второй вопрос, возникающий в начале патопсихологической работы, — это вопрос об оборудовании кабинетов. Первое и основное условие — это наличие как можно более тихого, т. е. изолированного от шума, помещения. Патопсихологические исследования можно начинать без сложной дорогой аппаратуры. Главное для их проведения — квалифицированный специалист и тихая комната лаборатории. Но кое-какое оборудование все же необходимо. В конце книги приводится список оборудования и пособий, необходимых для организации работы. Часть этого оборудования приобретается в магазинах, но затем нуждается в дополнительной реконструкции. Так, например, магнитофон не может стоять в лаборатории, он должен быть вынесен в смежную комнату или коридор, а на столе экспериментатора может находиться лишь замаскированный марлевым абажуром или иным способом микрофон. Кроме того, в комнате должен находиться репродуктор, который в настоящее время монтируется обычно в коробку магнитофона, а для экспериментальных целей он должен находиться в экспериментальной комнате.

Электрокимограф должен быть дополнен резиновой грушей, резиновой трубкой для пневматической передачи к барабанчику Марея и чернильным писчиком с двумя шарнирами (коленами).

Очень многие экспериментальные пособия, как это указано рядом со списком, могут быть изготовлены собственными силами патопсихологов. И лишь немногие пособия для классификации предметов (методики Выготского — Сахарова, методики Кооса, методики последовательности событий) должны обязательно быть изготовлены художниками по образцам. При организации кабинета необходимо также иметь возможность заказать в типографии бланки корректурной пробы, счета по Крепелину, методики Эббингауза, а также бланки протоколов по всем методикам.

Образцы пособий, приведенных в списке, были даны при описании методик. Следует только сделать следующее примечание: каждый специалист, который занимается экспериментально-психологическими исследованиями, вправе, разумеется, усовершенствовать, видоизменять экспериментальные методики и конструировать новые. Однако легкость создания новых методик обманчива. Выдумывать новые методики просто так, сидя за столом, — дело крайне несерьезное.

Не только создание новых, но и видоизменение старых методик требует тщательной методической апробации. Эта апробация должна быть проведена на группе здоровых с целью получения некоторых нормативов и на разных группах больных с целью выявления типичных способов решений, типичных ошибок и т. д. Разработка новых методик, дальнейшая апробация и усовершенствование уже принятых — работа крайне необходимая и полезная, но она должна производиться тщательно и квалифицированно; если же такой возможности нет, то лучше копировать методики, проверенные в старых лабораториях, и не заниматься необоснованным новаторством. Не следует произвольно, без должного основания менять методики ни в части изготовления пособий, т. е. материального оборудования, ни в части инструкций и порядка проведения эксперимента.

Литература

Бернштейн А.Н. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. Изд. 2-е. Госиздат, 1922.

Бехтерев В.М. и Владычко С.Д. Об экспериментально-объективном исследовании душевнобольных. СПб., 1911.

Бондарев Н.И. Методика психиатрического исследования. ВМА. Кафедра психиатрии, 1943.

Зейгарник Б.В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.

Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.

Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. Изд. МГУ, 1969.

Зейгарник Б.В. и Рубинштейн С.Я. Об экспериментально-психологических исследованиях в психоневрологических учреждениях. Методическое письмо ГИП МЗ РСФСР, 1956.

Зейгарник Б.В. и Рубинштейн С.Я. (ред.). Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Коган В.М. и Коробкова Э.А. Принципы и методы психологического обследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. Методическое письмо ЦИЭТИН. М., 1967.

Кононова М.П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей школьного возраста. Медгиз, 1963.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. Изд. МГУ, 1962.

Психологические методы исследования в клинике (материалы симпозиума). Л., 1967.

Рубинштейн С.Я. Методики экспериментальной патопсихология. М., 1962.

Рыбаков Ф.Е. Атлас для экспериментально-психологического исследования личности. М., 1910.

Rapaport D. Diagnostic psychological testing. Chicago, 1945.

ОБОРУДОВАНИЕ КАБИНЕТОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Методические пособия

1. Классификация предметов — *70 карточек.*
2. Исключение предметов — *20 карт.*
3. Пословицы, метафоры и фразы.
4. Последовательность событий — *одна-две серии красочные, остальные — фотокопии, в том числе по Бидструпу.*
5. Набор рассказов *(печатные и изготовленные крупным шрифтом).*
6. Методика Леонтьева *(две серии).*
7. Набор сюжетных картинок *(разнообразные).*
8. Методика Выготского — Сахарова.
9. Куб Линка.
10. Методика Кооса.
11. Доски Сегена *(несколько).*
12. Таблицы для отыскивания чисел — *5 шт.*
13. Классификация фигур.
14. Методики для исследования афазий, апраксий, агнозий.
15. Ценности.
16. Методика «Клипец».
17. Методика ТАТ.
18. Набор различных бланков *(5—7 шт.)* для исследования мышления.

19. Бланки корректурной пробы Крепелина и Эббингауза *(по нескольку сот).*
20. Методика «Уровень притязаний».
21. Бланки протоколов и обложек *(по нескольку сот).*

Аппаратура

1. Секундомеры — 2.
2. Электрокимограф с записывающим чернильным устройством.
3. Магнитофон со специальным монтированием.
4. Наборы очков от −5 до +6.

РУБИНШТЕЙН СУСАННА ЯКОВЛЕВНА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИХ В КЛИНИКЕ

(Практическое руководство)

В оформлении обложки использован фрагмент картины П. Филонова «Лики», 1940г.

Главный редактор: *Бутенко Г.*
Компьютерная верстка: *Алина Г., Андреева А.*
Оформление переплета: *Зотова Н.*
Корректор: *Федорова А.*

Подписано в печать 05.03.10.
Формат 60x90/16. Бумага офсетная. Печ.л. 14.
Тираж 4000. Заказ № 3080.

ООО «ПСИХОТЕРАПИЯ»
129337, Москва, ул. Красная сосна, д.24.
Тел./факс: (495) 988–6429, (499) 188–1932
E-mail: psybook@list.ru или psybook@narod.ru

ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ:
(499) 188–1932, (495) 988–6429, (8-963) 712–3381

www.optbook.narod.ru

Отпечатано в ОАО ордена «Знак Почета»
«Смоленская областная типография им. В. И. Смирнова».
214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, 2.



ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Эта книга написана классиком отечественной психологии и является единственным на сегодняшний день профессиональным руководством по использованию психологических методик на практике.

Книга представляет собой методическое руководство по применению экспериментальных методик исследования психик[и] человека (сенсомоторной сферы, внимания, памяти, мышления[,] эмоционально-волевой сферы). В ней приведено подробное и исчерпывающее описание 34 практических методик, изложены принципы построения экспериментальных методик патопсихологии и определена роль экспериментального метода в изучении психики здоровой и отклоняющейся личности.

Для психологов, психиатров, дефектологов, невропатологов.

ISBN 978-5-903182-70-1



